Rok XXXIX. Kraków, 3 Listopada 1900. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza w Krakowie i z pracowni Zakładu weterynaryi Prof. Dra Nowaka.

Cechy histologiczne zmian kiłowych na skórze*)

Podał

Dr. Fr. Krzyształowicz.

Nie poprzedzam właściwego opisu przedstawieniem obrazu klinicznego kiły, bo znanym on jest prawie powszechnie z całą dokładnością, — a pragnę tylko w kilku zarysach skreślić drobnowidowe zmiany skórne w wysypkach kiłowych, szczególnie zaś te cechy, które je od innych zmian klinicznie podobnych odróżniają i te powikłania, które je do innych zmian czynią podobnemi.

Liczny materyał kiły skórnej, który miałem sposobność badać, dzięki szczególnym względom mego szefa ś. p. prof. Zarewicza, oddającego wszystkie przypadki Swego oddziału do mego rozporządzenia w tym kierunku, — pouczył mnie dokładnie, że istnieją w zmianach kiłowych pewne cechy histologiczne, odróżniające je od schorzeń skóry niekiłowych.

Najwybitniejszą cechą zmian kiłowych jest ugrupowanie się nacieku wokoło naczyń krwionośnych. W ścianach ich, szczególnie w warstwie zewnętrznej i w około jej drobnych naczyń, widać szeregi komórek o dwojakim typie. Jedne rozpoznać łatwo przy stosownem barwieniu jako komórki pierwoszczowate (*Plasmazellen* Unna), inne jako przerosłe komórki tkanki łącznej. Ten skład nacieku i takie umiejscowienie powtarza się we wszystkich postaciach kiły.

Tkanka otaczająca nacieki, istota klejorodna (*kollagen*) i włókna elastyczne, nie ulegają zniszczeniu, — co ma wielkie znaczenie dla wejrzenia zmian kiłowych i w okresie ich ustępowania.

Zmiana pierwotna kiły (*sclerosis initialis*) jest naciekiem w skórze, jak powyżej wspomniałem, powodującem wzniesienie jej na powierzchni. Przeczos, pokrywający zazwyczaj tę zmianę, wywołują zmienione warunki odżywcze w skórze. Naciek bowiem w tej zmianie tem się różni od takiegoż w innych zmianach kiłowych, że rozciąga się na większe przestrzenie. Widzimy go zatem nie tylko w ścianach naczyń krwionośnych, ale w ich otoczeniu w postaci szeregów komórek pierwoszczowatych między wiązkami tkanki klejorodnej (kollagenu) ułożonych, a przez to tworzących dośrodkowe łuki i koła około grup naczyniowych. Obok tego spostrzegamy przerost ilościowy komórek tkanki łącznej, a w następstwie wzajemny ucisk, z jednej strony komórek pierwoszczowatych i komórek tkanki łącznej o wybitnej pierwoszczy gąbczastej (*Spongioplasma*), z drugiej strony dobrze utrzymanych wiązek tkanki klejorodnej (kollagenu). Tym uciskiem właśnie nowowytwarzających się tkanek na istniejące w skórze właściwej i warstwie brodawkowej tłómaczyć należy znany objaw kliniczny stwardnienia zmiany kiłowej pierwotnej, a stąd i nazwy wrzodu stwardniałego lub szankra.

Ułożenie nacieku tłómaczy nam także częstość powstawania przeczosu, a nawet wrzodu, chociaż nie są one cechą anatomiczną zmiany pierwotnej. Naciek bowiem, uciskając na otoczenie i naczynia, sprowadza upośledzenie krążenia krwi i limfy, a stąd zdaje się powstaje i rozszerzenie naczyń chłonnych, leżących pod naskórkiem. Obrzęk warstwy brodawkowej skóry i na niej leżących warstw naskórka usposabia do łatwego uszkodzenia warstw powierzchownych i łatwiejszego zakażenia powierzchni nacieku pierwotnego. Jeżeli się uwzględni najczęstsze umiejscowienie zmiany pierwszorzędnej na częściach ciała drażnionych i na których w zwyczajnych warunkach o zakażenie nie trudno, — łatwo sobie wytłómaczyć, dlaczego tylko wyjątkowo widzimy pierwotny objaw kiły w postaci suchego guzka, a najczęściej przeczosu lub wrzodu.

Dla całości obrazu dodać należy, że w otoczeniu przeczosu lub wrzodu widać pod drobnowidem zgrubiałe warstwy naskórka, obejmujące 2—3 brodawek i przechodzące następnie w warstwy prawidłowe.

Tworów olbrzymich nigdy w zmianach tych nie spotykałem, komórki tuczne tylko tu i owdzie na obwodzie nacieków.

Typem zmian kiłowych jest dobrze rozwinięty guzek na skórze (*papula*). Różnice jego budowy anatomicznej od budowy zmiany pierwotnej nie są wielkie; naciek zasadniczy bowiem, cechujący kiłę, jest taki sam. Podobnie widzimy tu płaszcze nacieku, ułożone w około świateł naczyniowych; takie same komórki pierwoszczowate, tylko nieco wybitniejsze, wraz z rozrosłemi komórkami tkanki łącznej, składają się na tę tkankę nowowytworzoną, — mniej tylko nieco rozrostu tkanki łącznej, naciek w całości skąpszy, luźniejszy i ucisk zatem mniejszy, przez co i brak stwardniałości, cechującej objaw pierwszorzędny. Brodawki skórne są obrzękłe, naczynia chłonne porozszerzane, przez co kosmki naskórka są uciśnięte, węższe, ale za to głębiej wchodzące w skórę. W guzku zatem nie powikłanym spostrzegamy tylko zmiany w naskórku, dające się odnieść jakby do działania fizycznego nacieku w skórze, stykającej się z warstwami naskórka.

W innych wysypkach kiłowych naciek jakościowo zawsze jednaki, różni się tylko ilością komórek i rozległością, lub szczególnem umiejscowieniem. Kliniczną zmianę tej po-

*) Praca niniejsza jest streszczeniem obszerniejszej rozprawy, która wkrótce ogłoszoną będzie.

staci powodują głównie zmiany w naskórku. Postać drobnoguzkową *(lichen syphil.)* cechuje naciek w około naczyń torebki włosowej; trądzik *(acne)* odznacza się obok tego krostą, powstałą przy ujściu torebki; liszajec *(impetigo)* ma taki sam pęcherzyk na szczycie, jak liszajec zwyczajny; niesztowice *(ectyma)*, brudziec *(rupia)* nie przedstawiają także innych zmian na powierzchni, jak te, które powstają w cierpieniach skóry bez udziału kiły. Wreszcie postacie, klinicznie nazwane ospą lub ospówką kiłową *(variola vel varicella syphil.)*, okazują na powierzchni w naskórku zmiany, dające się odnieść do zakażeń niekiłowych naskórka, a z ospą i ospówką nic wspólnego nie mających.

Mimowoli więc nasuwa się pytanie, czy te zmiany dodatkowe w naskórku, niejako wikłające główne cechy kiły, odnosić należy do działania samego jadu kiłowego? czy też jakichś warunków, istniejących w ustroju przed zakażeniem kiłowem? a w tym ostatnim razie jeszczeby rozstrzygnąć należało, czy warunki te zależą od wpływów wewnętrznych schorzałego ustroju? czy też od zakażenia zewnętrznego, które przy wybuchu objawów drugorzędnych równocześnie zadziałało?

Nie myślę rozstrzygać tej kwestyi stanowczo; — na to potrzebaby obok wielkiego doświadczenia klinicznego, oraz badań anatomicznych, przeprowadzić skrzętne poszukiwania bakteryologiczne tych zmian dodatkowych w naskórku, — czego dotąd nie wykonywałem; — zamierzam jednak na mocy dokładnych badań histologicznych zwrócić uwagę klinicystów na takie szczegóły, które rzucają pewne światło na tę zawiłą sprawę.

Rozpatrując się w piśmiennictwie, przekonać się można, że prawie wszyscy autorowie przypisują pewien wpływ na przebieg kiły schorzeniom lub skazom ogólnym, oraz chorobom samej skóry.

Neumann przyznaje wpływ podrażnienia zewnętrznego na ukształtowanie się nacieku kiłowego, stwierdza działanie chorób ustrojowych, szczególnie przewlekłych, na przebieg kiły; — zaprzecza jednak, ażeby choroby skóry, np. łuszczyca mogły wywierać jakiś wpływ na postać zmian kiłowych.

Lang nie wiele się różni w zapatrywaniach; wedle niego bowiem choroby skórne wikłają zmiany kiłowe tylko nader rzadko; nie wyklucza jednak działania pewnych miejscowych czynników, jak np. niekorzystne warunki krążenia, zboczenia w obiegu krwi u ciężarnych, uszkodzenia powłok skórnych i t. p., a co więcej zdaje się, wedle niego, nie ulegać wątpliwości, że koki ropne, znajdujące się wszędzie, a więc i na naskórku, dać mogą powód do powstania w kile postaci krostkowych.

Letzel twierdzi także, że wpływ chorób skórnych na postać kiły jest nader mały, wykwity łuszczycowe są wedle niego w kile więcej nacieknięte (?) a na miejscach wypryskiem zajętych rozwijają się łatwo guzki kiłowe.

Wszyscy przypisują wielkie znaczenie przekrwieniu skóry na tworzenie się w takich miejscach wysypki kiłowej; Ehrmann wykazuje, że zmiany są w tych okolicach liczniejsze, a nawet pojawić się może w następstwie przekrwienia wysięk ciałek wypocinowych. Podobnie twierdzi Moeller, że krosty są następstwem samej kiły, a koki ropne osiedlają się następowo, oraz Hallopeau, wedle którego sam jad kiłowy może wywołać ropienie. Ten ostatni jednak wraz z Lereddem wykazują w swym podręczniku, że zasadnicze zmiany anatomiczne w kile są zawsze jednakowe, a zboczenia w naskórku uważać należy za powikłania, a nawet L. przypuszcza, że istniejące własności chorobowe skóry danego osobnika powodują różne postacie wysypek kiłowych.

Roberto Campana, jako też jego uczniowie, wykazują zapomocą badań bakteryologicznych, że powstawanie krost polega na zakażeniu gronkowcem złotym i białym.

Wreszcie najwybitniejszymi zwolennikami teoryi powikłań zmian kiłowych przez inne zakażenia są: Tarnowski i Unna. Pierwszy, wypowiadając swe zapatrywanie na rozwój kiły złośliwej, twierdzi, że przebieg zależy przy tej postaci od równoczesnego zakażenia mięszanego; kiły i drobnoustrojów ropnych. *(Staphylococcia syphilitica)*. Gdy gronkowce znajdują dobre podłoże w ustroju obok zakażenia kiłowego, powodują one ropienie wrzodu, gruczołów oraz wysypki ropne. Połączone działanie tych dwóch rodzajów zakażeń nadaje całemu przebiegowi cechę złośliwą. Zakażenie ropne jednak może wikłać także tylko jeden z okresów kiły, a nie cały przebieg. Korzystne warunki zaś dla tego zakażenia wtórorzędnego stanowią choroby ustrojowe, wpływy nerwowe lub wreszcie ogólne wyniszczenie ustroju. Na umiejscowienie zaś zmian kiłowych wpływa najwięcej stopień i trwanie drażnienia jakiejś części ciała, prócz tego zwiększona czynność lub skłonność do chorób pewnego narządu.

Unna sądzi, że znana i tak ważna klinicznie różnorodność zmian kiłowych na skórze zależy od towarzyszących chorób skóry, które wybijają swe piętno na wykwitach kiłowych. W ogólności uznaje on działanie spraw zapalnych skóry, które równocześnie ze zmianami kiłowemi występują. A największą rolę ma tu odgrywać przekrwienie tkanek. Unna pierwszy wykazał związek łojotoku skory *(seborrhoea)* z kiłą, przypuszczając, że pierwsza z tych chorób, wywołując przekrwienie, wytwarza dobrą glebę dla rozwoju w tych miejscach zmian kiłowych, które przez to samo przybierają i odmienne wejrzenie kliniczne (zmiany złuszczające się, łuszczycowe, strupkami pokryte, łysienie).

Przegląd wszystkich zmian kiłowych wykazuje, że nacieki w około naczyń krwionośnych są dla tej sprawy cechujące, dalej, że zmiany powierzchowne wytwarzają się zawsze dodatkowo, bez związku ze zmianami podstawowemi; poucza jednak zarazem, że budowa zmian kiłowych, w skórze właściwej położonych, ułatwiać może powstawanie zmian w powierzchownych warstwach naskórka.

Przechodzę zatem teraz do wyżej postawionego pytania: jaką może być przyczyna tych ostatnich powikłań?

Gdyby sam jad kiłowy je powodował, przypuszczaćby trzeba albo osobliwą jego złośliwość, albo też jakieś szczególne warunki, istniejące w ustroju, któreby do tego się przyczyniały. O złośliwości jadu wiele mówić nie możemy, nie znając go; można jednak wiedzieć dokładnie z doświadczenia klinicznego, u jakich osobników takie postacie się pojawiają. To nas poucza, że o ile często zmiany kiłowe krostkowe występują u ludzi charłaczych, gruźliczych, pijaków i t. p., to jednak spostrzegać się one dają z jednej strony u osobników zdrowych; z drugiej zaś widzieć można u tych pierwszych fizycznie upośledzonych, guzki wprawdzie duże, nierzadko skąpe, ale bez śladów zboczeń w warstwach naskórka. Tem samem stwierdzić można, że wprawdzie ogólny stan ustroju ma w tym razie wielkie znaczenie, mogą jednak te

wikłające zmiany w naskórku powstawać i bez zboczeń ogólnych ustroju; — a z drugiej strony i u osobników charłaczych muszą istnieć prócz stanu ogólnego pewne korzystne dla ich rozwoju warunki, bez których zmiany te nie powstaną. Jeżeli więc stan ogólny nie stanowi jeszcze przyczyny stanowczej i jedynej, a i bez upośledzenia ogólnego zmiany te rozwinąć się mogą — to samo przez się nasuwa się przypuszczenie, że chodzi tu o jakieś warunki zewnętrzne, położone w skórze.

Wszyscy autorowie przemawiają za pewnem znaczeniem przekrwienia skóry przy powstawaniu wysypek kiłowych; każde więc cierpienie powłok skórnych, wywołujące je, musi mieć pewien wpływ na ukształtowanie się zmian. Ubolewać należy, że nigdzie w piśmiennictwie znaleść nie można opisu klinicznego wysypek kiłowych w związku z innemi chorobami powłok skórnych; — ogłoszone pojedyncze przypadki nie dają miary tego, jak wielkie to znaczenie mieć może. Niema chyba jednak klinicysty, któryby w pewnych przypadkach na ten szczegół nie zwrócił uwagi.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z uniwersyteckiej kliniki okulistycznej Prof. Dr. Macheka we Lwowie.

Ciała obce żelazne lub stalowe w gałce ocznej i technika ich wydobywania.

Podał

Dr. Adam Bednarski

I. Asystent kliniki.

(Wykład w sekcyi okulistycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polsk.)

(Dokończenie).

W tem ścisłem zlokalizowaniu często pomaga nam spostrzeganie gołem okiem maksymalnego wychylenia, odnoszącego się do jednego punktu na gałce. W tym celu ustawiamy igiełkę odpowiednio czule, t. j. tak, aby leżała krzywo w osłonie szklanych rurek i końcem, którego używamy do badania przy małych bardzo ciałach obcych, prawie dotykała ściany rurki szklanej i przykładając badaną gałkę, igła wtedy tylko w jednym punkcie na gałce sprawi wychylenie i dotknie się rurki szklanej. Jeżeli igła dotyka rurki szklanej w kilku punktach na gałce, to trzeba ją trochę mniej czule nastawić, t j. ustawić ją więcej środkowo, aby ten jeden punkt maksymalnego wychylenia otrzymać. Takiego obserwowania igła gołem okiem nigdy nie trzeba opuszczać, nawet przy małych ciałach obcych, dających wychylenie mniejsze, niż 100^0, przy których zdawałoby się, że odczytywanie stopni na podziałce lupą może być chyba najściślejsze. Przy ciałach, leżących w tylnej połowie gałki, lokalizacya nie może być już tak ścisłą i ogranicza się do kwadrantów gałki. Tu możemy wykryć kawałki 0·5 mgr. wagi, leżące u tylnej ścianki, jeżeli je zamagnetyzujemy i gałkę stosownie zwrócimy (Asmus). Jeżeli mamy wychylenia małe, kilkustopniowe, które są także pewną oznaką, należy badanie kilkakrotnie powtórzyć w celu uniknięcia pomyłek, uważać na charakter wychyleń i nie powierzać obserwowania wychyleń lupą Siostrom miłosierdzia lub innym osobom, pielęgnującym chorego, tylko lekarzowi wprawnemu, a nawet najlepiej samemu obserwować wychylenia i samemu przykładać gałkę oczną do igiełki, jak to Hirschberg uczynił możliwem, skutkiem tego, że zamiast lupy rzuca cień igły na skalę.

Promienie Roentgena mają małe zastosowanie praktyczne i to tylko w przypadkach starszych; w świeżych zaś, gdzie idzie o natychmiastowy zabieg operacyjny, zupełnie nie wchodzą w rachubę, ponieważ wywołanie fotografij wymaga dłuższego czasu. W przypadkach ciał obcych, gdzie nie zależy na natychmiastowej operacyi, a więc przy ciałach obcych, leżących już dłuższy czas, użycie promieni Roentgena wspomaga lokalizacyę zapomoca sideroskopu Asmusa a przy dużych ciałach obcych daje nam obraz ich rozmiarów, kształtu i ułożenia. Przypadki Schmidt-Rimplera i Weissa, gdzie fotografia dawała cień, odpowiadający ciału obcemu, a sekcya i badanie mikroskopowe gałki nie wykazały ciała obcego, znacznie osłabia doniosłość roentgenografii w okulistyce. Aby uniknąć takich pomyłek, Weiss radzi w przypadkach wątpliwych robić więcej zdjęć; sądzę, że i ulepszona technika zdejmowania fotografii do tego się przyczyni.

Oprócz igiełki magnetycznej i promieni Roentgena i elektro-magnes duży może mieć czasem znaczenie rozpoznawcze, gdyż chorzy często uczuwają ból w oku za zbliżeniem jego do gałki, w której znajduje się kawałek żelaza lub stali.

Przystępuję wreszcie do części najważniejszej, t. j. do części operacyjnej. Trzy są sposoby wydobycia ciał obcych żelaznych lub stalowych z gałki: zapomocą pincety, zapomocą elektro-magnesu małego i zapomocą elektro-magnesu dużego. Przy wydobyciu ciał obcych pincetą kierujemy się zwykłemi zasadami chirurgii okulistycznej, bez względu na to, czy one są żelazne, miedziane lub inne i może ono mieć miejsce tylko wtedy, gdy ciało obce widzimy, a więc zwykle przy ciałach obcych, które nie przeszły przez ciało szklane, zaś w tych najważniejszych przypadkach gdzie ciało obce przeszło przez ciało szklane, zastosowania zwykle niema i tu posługujemy się wyłącznie elektro-magnesem. Mamy kilka odmian tak małego, jak i dużego elektro-magnesu. Z małych elektromagnes Hirschberga powszechnie jest używany, obok tego mamy Sulzera, Charsina i innych z dużych zaś zarówno znajdują użycie Haaba, Schlössera i Berlina.

Używając małego elektro-magnesu Hirschberga, nacinamy spojówkę gałki i odpreparowujemy aż do twardówki zakładamy szew spojówkowy, poczem odsuwając nitkę na bok robimy cięcie południkowe, używając do tego najlepiej nożyka Graefego, kierując koniec nożyka ku ciału obcemu tak, aby równocześnie naciąć ciałko szklane aż do ciałka obcego, ciałko szklane jest bowiem tkaniną, którą trzeba naciąć, aby utorować drogę końcowi elektro-magnesu. Cięcie musi wypaść po za ciałkiem rzęskowem, robimy więc zwykle w odległości 6 mm. od obrąbka, *(limbus)* długości 5 mm. Elektro-magnesem nie trzeba wchodzić szablonowo w głąb ciałka szklanego, często ciało obce leży tuż przy ścianie, i właśnie łatwiej go wyciągniemy, przykładając koniec elektro-magnesu do brzegów rany, a dopiero gdy nie idzie lekko, wchodzimy w kierunku ciała obcego. Wejść możemy elektro-magnesem kilkakrotnie, trzymając go dobrą chwilę w ciałku szklanem. Po wyjęciu zaciągamy szew spojówkowy, zwykle nie mając wypływu ciała szklanego, chyba, że ono jest

rozwodnione. W przypadkach, gdzie soczewka jest zaćmiona, a ciało obce leży niedaleko za soczewką, lepiej robić cięcie płatowe brzegiem obrąbka (*limbus*), jak przy operacyi zaćmy, i po irydektomii dobrzeżnej iść końcem elektro-magnesu między brzegiem soczewki, a ciałka rzęskowego.

Operując dużym elektro-magnesem, jeżeli mamy ciało małe, to sprowadzamy go do przedniej komory, przykładając oko do elektro-magnesu, lub koniec elektro-magnesu do wierzchołka rogówki lub obrąbka; przy ciałach dużych robimy cięcie twardówkowe i przykładamy elektro-magnes do brzegów ranki.

W świeżych całkiem przypadkach, gdzie mamy rankę jeszcze nie zrośniętą, możemy jej użyć do wydobycia ciała obcego, rozszerzając ją, jeżeli jest mała, ale przypadki takie wogóle wyjątkowo zachodzą i tylko przy bardzo dużych ciałach obcych.

Ogólne reguły, któremi się należy kierować, są:

1 W świeżych przypadkach, tj. 24—48 godzin po zranieniu, jeżeli stwierdzimy obecność żelaza w oku i jego umiejscowienie, to jeżeli kawałek jest większy, tj. daje wychylenie maksymalne, należy zaraz operować bez względu na to, czy oko jest zadrażnione, lub nie. Takich większych kawałków żelaza bowiem oko nie zniesie. Jeżeli zaś obce ciało żelazne jest bardzo małe, tj. daje tylko parę stopni wychylenia, to jeżeli oko jest zupełnie nie zadrażnione, możemy się zachować wyczekująco, jezeli zaś jest zadrażnione, (zadrażnienie to jednak nie grozi stratą wzroku), to tem bardziej możemy dzień lub dwa poczekać, aż to zadrażnienie po zastósowaniu atropiny, zimnych okładów, spokoju itp. zmniejszy się, bo wtedy lepsze są widoki, nie tyle wyjęcia ciała obcego, ile pomyślniejszego przebiegu pooperacyjnego.

2. Jeżeli oko jest nie zadrażnione, ciało obce żelazne bardzo małe, lecz wklinowane w ścianę gałki, bezwzględnie nie należy operować; jeżeli zaś leży ono luźnie, należy wyjąć elektro-magnesem dużym, a gdy się nie uda, chorego ułożyć spokojnie, czekać postępując tak, jak to radzi robić Knapp, jeżeli chory ma tylko jedno oko

3. Jeżeli chory zgłosi się w tydzień, w 2 tygodnie po wpadnięciu, należy stósować te same zasady.

4. W przypadkach zastarzałych, tylko wtedy należy operować natychmiast, jeżeli grozi zapalenie, utrata wzroku, lub co więcej, jeżeli nadto mamy już zapalenie sympatyczne drugiego oka; w innych razach, zachować się wyczekująco, leczyć, a jeżeli zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego (*iridocyclitis*) po paru dniach nie zmniejsza się, operować, jak się zmniejsza — leczyć, dopokąd się zmniejsza.

5. Jeżeli niema poczucia światła, to operować bez względu na to, czy jest zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego (*iridocyclitis*), czy też oko zupełnie niebolesne i niezaczerwienione, bo i po latach kilkunastu może dać powód do sympatycznego zapalenia.

6. Jeżeli mamy „*siderosis bulbi*“, oko niezadrażnione, zaćmę, to można najprzód zaćmę wyjąć, potem zbadać chorego i mieć go w obserwacyi.

Nie potrzebuję dodawać, że obok tych ogólnych zasad, w świeżych przypadkach należy zachowywać jak najściślejszą aseptykę.

Na zakończenie kilka słów jeszcze o statystyce wyników wydobywania ciał obcych w oku elektro-magnesem. Wogóle statystyki tej nie można porównywać ze statystyką np. wyników operacyi zaćmy; przy tej ostatniej istnieje pewien stały odsetek zakażeń, wypływu ciałka szklanego itp. powikłań, każdy zaś przypadek ciała obcego w gałce ocznej jest odmiennym i jak przy każdym trzeba indywidualizować pod względem postępowania operacyjnego, tak samo i prognoza i wyniki operacyjne w każdym przypadku są odrębne. Hirschberg nawet, który sam kilkaset przypadków operował, nie podaje z tego względu statystyki wyników. Mimo to jednak statystyka taka daje nam ogólny pogląd na wyniki, jakie otrzymywano dotychczas i dlatego pozwolę sobie przytoczyć tutaj statystykę Hildebranda i Hützelera. Hildebrand zebrał z piśmiennictwa 322 przypadków, w których wprowadzano elektromagnes do wnętrza gałki; z tych 80 przypadków dotyczyło przedniego odcinka gałki, reszta zaś ciałka szklanego. Na tych 80 przypadków: skończyło się źle 13, z powodu ropienia poprzedniego; zaś w 77 przypadkach otrzymano dobry wynik. Na 248 operacyj wydobycia żelaza z ciałka szklan. — 77 razy nie wyjęto go, a w 174 razach wyjęto; z tych w 23 (13%) przyszło do zaniku gałki ocznej, w 26 (15%) robiono wyłuszczenie gałki, w 34 zaś przypadkach nie wiadomo, jak się skończyło. W 91 przypadkach (52%) otrzymano zadawalniający wynik, t. zn. w 29 (16%) kształt gałki ocznej został utrzymany, a w 69 (36%) wzrok całkowicie lub częściowo został uratowany.

Hützeler A. zebrał z piśmiennictwa 313 przypadków operacyi wydobycia ciał obcych z ciałka szklanego elektromagnesem. Wyniki: w 65% (203 przyp.) udało się wyjąć ciało obce, w 35% nie wyjęto. 1. Większą lub mniejszą bystrość wzroku otrzymano w 69 przyp. ($^2/_6$). 2. Utrzymanie kształtu gałki bez funkcyi w 35 przyp. ($^1/_6$). 3. Zupełna utrata gałki w 99 przyp. ($^3/_6$).

Wyjaśnić jednak muszę, że ten bądź co bądź mały odsetek dobrych wyników statystyki Hildebranda i Hützelera odnosi się do operacyj, wykonanych w czasach jeszcze przed-sideroskopowych (r. 1891—94) i nie wątpię, że wyniki w ostatnich latach są daleko pomyślniejsze. Także więcej ze stanowiska sprawozdawcy wspomnieć muszę o przypadku Barkana, gdzie po wyjęciu dużego kawałka żelaza elektromagnesem Haaba, przyszło do „delirium tremens“ i śmierci, jakoteż o przypadku Schirmera, w którym wystąpił napad jaskry ostrej po usiłowanem bezskutecznie wyjmowaniu elektromagnesem kawałka żelaza z wnętrza gałki; w jednym i w drugim przypadku nie dopatruję związku przyczynowego a więc i znaczenia powikłania.

* * *

III. Rozpoznanie, rokowanie i leczenie wstrząśnienia błędnika.

Podał

Dr. R. Spira.

(Wykład w sekcyi otyatrycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

(Ciąg dalszy).

Rokowanie. Wobec różnorodności przyczyn i przebiegu o rokowaniu ogólnem w wstrząśnieniu błędnika mowy być nie może. Nie zawsze również zależy ono od rodzaju i siły urazu, gdyż lekki uraz może sprowadzić bardzo po-

ważne skutki, a odwrotnie bardzo silny uraz może pozostać bez cięższych następstw. Natomiast można powiedzieć, że w pierwszej gromadzie przypadków tam, gdzie można wykluczyć uszkodzenia uboczne i zmiany anatomiczne, rokowanie w pierwszej chwili mimo groźnych pozorów nie jest bezwzględnie złe, gdyż spostrzegano przypadki (Schubert, Szenes), w których w krótkim czasie nastąpiło zupełne wyleczenie i znikły wszystkie objawy chorobowe. W każdym jednak razie zdarza się to nie często, dla tego rokowanie tu jest wątpliwe, gdyż nieraz po wstrząśnieniu rozwija się zapalenie, zwyrodnienie albo zanik zakończeń nerwowych w błędniku i skutkiem tego powstaje stała głuchota, względnie ustala się zbiór objawów Menierowskich. Choroba ta powstała po uderzeniu pioruna, może się również, jak doświadczenie uczy, z czasem sama wyleczyć. W każdym razie rokowanie jest gorsze u osób, od dawna niedosłyszących, ponieważ u takich chorych najlżejsze wstrząśnienie łatwiej może sprowadzić znaczne i trwałe pogorszenie słuchu, niż u zdrowych. Jak nieraz w najniekorzystniejszych warunkach i w pozornie najgorszych przypadkach nastąpić może wcale niespodziewane wyleczenie, tego bardzo pouczającym przykładem jest następujący przypadek Politzera. Po silnem uderzeniu w głowę wystąpiła kilkogodzinna bezprzytomność, potem ból głowy, szum w uszach i postępująca utrata słuchu, która po miesiącu doszła do zupełnej obustronnej głuchoty. Po 10 miesiącach stwierdzono wstrząśnienie błędnika i wśród leczenia za pomocą wstrzykiwań rozczynu jodku potasowego (0·5—20·0) do jam bębenkowych, podjętego na naleganie chorego bez widoków powodzenia, nastąpiło najniespodziewaniej wyleczenie i powrót zupełnie prawidłowego słuchu.

Urazy, działające wprost na narząd uszny, szczególnie działające przez nagłe zgęszczenie powietrza w uchu zewnętrznem, jak policzek, wybuch i t. p. sprowadzają, jeżeli przytem błona bębenkowa zostaje nietknięta, znacznie silniejsze wstrząśnienie błędnika, niż w tych przypadkach, w których błona bębenkowa pękła. W ostatnim bowiem razie część siły urazu zużywa się, wywołując pęknięcie błony bęb., w pierwszym zaś razie cała siła działająca przenosi się przez strzemiączko na błędnik. Uwzględnić także należy, że pewne urazy, jak silne dźwięki, detonacya itd. działające w bliskości ucha, szczególnie w kierunku osi ucha zewnętrznego, albo w zamkniętej przestrzeni, wywołują silniejsze wstrząśnienia i gorsze następstwa, niż działając z daleka albo na wolnem polu. Dalej następstwa po tego rodzaju urazach są mniejsze, jeżeli uszkodzony cierpiał już przedtem na zajęcie narządu, przewodzącego głos, i jeżeli był na uraz (postrzał) przygotowany, — większe zaś u osób zupełnie zdrowych i na wrażenie głosowe nie przygotowanych.

2) W drugiej gromadzie rokowanie jest wogóle niepewnem, a z początku zawsze niemożebnem. Jeżeli można wykluczyć uszkodzenia kości skalistej i czaszki, rokowanie wprawdzie *quo ad vitam* jest korzystne, *quo ad sanationem completam* jednak należy uwzględnić, że nieraz nieznaczny uraz, lekkie wpływy zewnętrzne, jak zadziałanie głosowe, policzek, wzmożone parcie powietrza w przewodzie ucha zewnętrznym, albo w uchu środkowem i t. p., mogą być powodem bardzo ważnych, nieraz dopiero później pojawiających się zaburzeń czynnościowych w błędniku i znacznej, a trwałej głuchoty. Poprawa pojedynczych objawów jest możebna; zupełne wyleczenie, zwłaszcza upośledzenia słuchu, wprawdzie nieprawdopodobnem, jednakże w świeżych przypadkach przecież nie wykluczonem. W starszych przypadkach widoki poprawy są coraz gorsze, a szczególnie dłuższy czas trwająca głuchota nie pozostawia żadnej nadziei polepszenia; przeciwnie zwykle w tej chorobie głuchota wzmaga się coraz więcej i kończy zupełną utratą słuchu. W każdym razie we wszystkich przypadkach tej, jakoteż poprzedniej gromady należy w rokowaniu zachować pewną wstrzemięźliwość i ostrożność. Doświadczenie bowiem uczy, że bardzo groźny z początku obraz chorobowy może się skończyć zupełnem wyleczeniem, a odwrotnie wszystkie objawy zawrotu i zaburzenia słuchu mogą się pojawić dopiero w pewien czas po urazie. Wolno zatem rokować stanowczo dopiero po dłuższem spostrzeganiu i kilkakrotnem badaniu.

Rozumie się samo przez się, że zawód uszkodzonego, względnie jego zaniechanie albo, dalsze zajmowanie się nim, nie jest bez wpływu na rokowanie.

3) W 3-ciej wreszcie gromadzie, w której z największem prawdopodobieństwem można wykluczyć wszelkie uszkodzenia organiczne, rokowanie wydaje się bezwzględnie korzystne.

Znaczenie sądowo-lekarskie. Jak w każdej chorobie wywołanej przez uraz, tak również w wstrząśnieniu błędnika lekarz dość często musi orzekać przed sądem lub policyą o istocie i znaczeniu cierpienia. Jednem z najpoważniejszych zadań lekarza jest z jednej strony bronić słusznej sprawy poszkodowanego, z drugiej uniemożliwić wyzysk i nadużycia przez nieuzasadnione odnoszenie dolegliwości wrzekomo uszkodzonego do odniesionego urazu. Aby temu zadaniu sprostać, nie wystarczy być doskonałym specyalistą; koniecznem do tego jest niemniej ogólne lekarskie wykształcenie i znajomość ludzi.

Wobec takiego przypadku znawca ma za zadanie stwierdzić: 1) obecność choroby błędnika; 2) związek przyczynowy między tem cierpieniem a urazem; 3) stopień uszkodzenia, jego następstwa i znaczenie dla zdrowia, zawodu i zdatności zarobkowania.

1) Co do pierwszego zadania musimy przedewszystkiem sobie uprzytomnić, że nie wolno tu polegać na podaniach chorego i że zawsze należy zapatrywać się krytycznie na jego skargi, co zadanie lekarza znacznie utrudnia. Jak ostrożnie powinien znawca postępować, wynika z doświadczenia ostatnich lat, w których wypadki niezdolności do pracy mnożą się niestosunkowo od czasu odnośnej ustawy o odszkodowaniu, i ze spostrzeżeń kazuistycznych, dotyczących chorych na nerwicę urazową, którzy wyzdrowieli z chwilą otrzymania odszkodowania i dopięcia celu, do którego dążyli. Bardzo pouczające i ciekawe przypadki przytacza Warman (Kielce), jako „wymowne dowody krzywdy, jaka mimowoli wyrządzoną została prawdzie przez jednostronne poglądy i niejako wiarę, że każdy wypadek nieszczęśliwy prowadzi ustrój do większej lub mniejszej utraty zdolności do pracy“. Z drugiej strony należy przystąpić do badania chorego bez uprzedzenia i nie podejrzywać z góry udawania. Nawet sprzeczność w odpowiedziach chorego, lub niestałość niektórych objawów, albo wykrycie udawania niektórych objawów, nie upoważnia nas jeszcze do rozpoznania całkowitego zmyślenia. Słusznie powiada Strümpell:

„Gdybyśmy chcieli ze względu na niestałość pewnych objawów i skłonność chorego do przesady posądzać go o udawanie, musielibyśmy my, lekarze chorób nerwowych, prawie połowę prywatnych chorych również uważać za kłamców“. Szczególnie histerycy i neurastenicy skłonni są do mimowolnej przesady. Wszakżeż wiadomo, jak tacy chorzy nieraz zmyślają dolegliwości, a nawet zadają sobie uszkodzenia, mimo, ze nie liczą wcale na odszkodowanie.

W razach wątpliwych nie powinien lekarz rozpoznawać udawania; lepiej przyznać się otwarcie do niemożności pewnego rozpoznania. Wszak znane są przypadki, gdzie chorzy, uznani za udawających,' zakończyli życie przez samobójstwo (Stróżewski).

Dla wykluczenia udawania należy starać się wyśledzić przedewszystkiem objawy przedmiotowe, na których rozpoznanie wyłącznie można opierać, co zadanie lekarza bardzo utrudnia, szczególnie, jeżeli nie ma widocznych zewnętrznych znaków uszkodzeń. Gdy przypady cierpienia, jak zawrót głowy, nudności, osłabienie ogólne, szum w uszach i przytępienie słuchu, są przeważnie objawami podmiotowymi, które łatwo dają się upozorować, inne zaś towarzyszące objawy przedmiotowe, jak drżenie ócz podczas napadu, nierówność źrenic i t. d., nie są stałe i często ich brakuje, orzeczenie będzie musiało oprzeć się przeważnie na wynikach prób słuchowych. Jest to tem ważniejsze, że upośledzenia bystrości słuchu w przewlekłym przebiegu wstrząśnienia błędnika prawie nigdy nie brak, z drugiej strony stanowi ono najważniejsze następstwo urazu i pierwszorzędny szczegół w orzeczeniu sądowo-lekarskiem. Powinniśmy zatem zwrócić uwagę przedewszystkiem na rzeczywistą lub udawaną głuchotę, czy niedosłyszenie. Pod tym względem rozporządzamy całym szeregiem prób i sposobów, których przytaczać na tem miejscu nie widzę potrzeby. Nie wystarcza jednak stwierdzić tylko, że istnieje głuchota, lecz należy ją jeszcze rozpoznać, jako głuchotę błędnikową, do czego służą próby strojnikowe, mianowicie wykazanie osłabienia lub zniesienia percepcyi słuchowej za pośrednictwem kości czaszki, względnie stosunek przewodzenia przez powietrze do przewodzenia kostnego, zwłaszcza jeżeli istnieją równocześnie oddawna, albo też od czasu urazu i wskutek niego powstałe różne choroby narządu przewodzącego głos, jak zapalenie ucha środkowego ostre, albo przewlekłe, pęknięcie błony bębenkowej, krwiak jamy bęb. i t. p.

Wyniki badania otoskopem nie odgrywają tu ważniejszej roli. Wiadomo bowiem, że mimo wybitnych zmian błony bęb., bystrość słuchu może być nietknięta i odwrotnie zupełnie prawidłowy obraz błony bębenkowej nie wyklucza bynajmniej obecności znacznego upośledzenia słuchu, mającego źródło w uchu środkowem, gdyż bardzo znaczne zmiany chorobowe mogą istnieć w głębi jamy bęb., na okienkach błędnikowych w miejscach, oku nie przystępnych. Ujemny wynik badania wziernikowego nie wyklucza zatem cierpienia ucha środkowego i nie uprawnia jeszcze sam dla siebie do rozpoznania zmian błędnika, jako wyłącznej przyczyny niedosłyszenia. Tylko w świeżych przypadkach, w nagłej utracie słuchu, wolno z prawidłowego stanu błony bębenkowej i trąbki Eustachiusza wnosić, że objawy zależą bardzo prawdopodobnie od cierpienia ucha wewnętrznego, względnie od zmian narządu słuchowego nerwowego. W przypadkach zaś przewlekłych wynik tego badania niema znaczenia, gdyż nawet zmiany, powstałe wskutek urazu w uchu środkowem, mogły później zniknąć bez śladu.

Podmiotowe wrażenia słuchowe pochodzą prawdopodobnie z uszkodzenia n. słuchowego, jeżeli utrzymują się ciągle; wystąpienie zaś szumu w uchu w przerwach przemawia przeciw ich pochodzeniu błędnikowemu. Bliższe określenie znamion tych szmerów nie ma żadnego znaczenia dla określenia ich pochodzenia.

Czasem można także zawrót głowy przedmiotowo wykazać, jeżeli występuje on naocznie, mimowolnie przy pewnych ruchach czynnych lub biernych całego ciała, albo tylko głowy chorego, szczególnie przy ruchach ku stronie chorej, a nieraz z dążnością upadania w tę stronę, zwłaszcza przy zamkniętych oczach. Niekiedy występuje przytem także zblednięcie twarzy, przyspieszenie oddechu, albo też większy opór i napięcie mięśni szyjnych po stronie chorej. Towarzyszące czasem nieprawidłowe ruchy gałki ocznej, pocenie się i t. p. objawy są dalszymi szczegółami, mającymi w danym razie wybitną wartość rozpoznawczą. Zawrót głowy może dalej nagle się pojawić przy niespodziewanem głośnem zadziałaniu dźwiękowem, przy wołaniu, krzyczeniu do chorego ucha. Stwierdzenie istnienia zawrotu głowy nabiera ważnego znaczenia, szczególnie w ocenie wpływu jego na zdolność zarobkowania. Wyobraźmy sobie, że uszkodzony musi pracować i obracać się na drabinach, rusztowaniach, po dachach, jak murarz, kominiarz, budowniczy, blacharz i t. p., albo że musi często nachylać się, jak rolnicy, to zrozumiemy, że takie zajęcie naraża go na ciężkie niebezpieczeństwo z powodu napadu zawrotu i że stan taki może go pozbawić sposobu zarobkowania. Inne zaś towarzyszące objawy, jak ból głowy, ciągły, uporczywy szum w uszach wraz z zawrotem, mogą choremu jeszcze więcej dolegać, niż głuchota, mogą wywierać zgubny wpływ na fizyczny i psychiczny stan jego, przyprawić go o bezsenność, rozpacz, a nawet o samobójstwo. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Zarys Balneoterapii i Balneografii krajowej dla użytku lekarzy i uczniów napisał Dr. Ludomił Korczyński, docent patologii i terapii chorób wewnętrznych w Un. Jag. Kraków, 1900. Nakładem Wyd. dzieł Lek. pol. imienia E. Korczyńskiego w Krakowie.

Mamy przed sobą książkę na wskróś oryginalną, której brak w piśmiennictwie naszem dotkliwie uczuć się dawał. Dotąd nie mieliśmy podręcznika do nauki balneologii. Posiadamy natomiast liczne porozrzucane monografie balneologiczne, które niektórzy autorowie (Smoleński, Zieleniewski, Dobrzycki) starali się ująć w pojedyncze sprawozdania. Niniejsze dzieło podaje nietylko ogólną balneologię, uwzględniając rozmaite zdrojowiska zagraniczne, lecz równocześnie szczegółową balneologię zdrojowisk, znajdujących się na ziemiach polskich. Dla lekarza, posiadającego podręcznik L. Korczyńskiego, zbytecznem jest nabycie innego, gdyż w nim znajdzie nietylko to, czego lekarz praktyczny potrzebuje w zakresie balneologii, lecz nadto i to, czego w żadnym podręczniku balneologii dotąd niema, t. j. szczegółowy opis zdrojowisk polskich. Najlepiej objaśni nas omówienie treści samego dzieła.

Pierwszy dział „Hidroterapia“ traktuje o fizyologicznem działaniu wody na ustrój i o jej zastosowaniu w chorobach, a następnie opisuje sposoby stosowania pojedynczych zabiegów wodoleczniczych, jak: polewania, nacierania, roz-

maitego rodzaju kąpiele, natryski, chłodniki i t. p., a kończy się opisem urządzenia zakładów wodoleczniczych. Cały dział napisany na podstawie prac naukowych, a zestawiony treściwie z wielką znajomością rzeczy.

Następny dział pod tytułem Balneoterapia obejmuje ustępy o działaniu pojedynczych składników wód mineralnych na ustrój, jak kw. węglowego, chlorku sodowego, węglanu sodowego i wapniowego, siarkanu sodowego, żelaza, arsenu i t. d. Podnieść należy w tych ustępach gruntowne uwzględnienie tu należących prac doświadczalnych, przyczem piśmiennictwo polskie wyczerpująco uwzględnione zostało. Dalsze ustępy traktują o działaniu rozmaitego rodzaju wód mineralnych, jak solanek, rozmaitych szczaw, wód gorzkich, glauberskich, siarczanych, żelazistych i cieplic. Równocześnie wymienia autor zdrojowiska zagraniczne i podaje nawet skład tych wód w porównaniu ze składem naszych wód mineralnych. Znajdujemy jeszcze w tem miejscu opis i działanie przetworów zdrojowych i pomocniczych, jak ługów. pastylek, mułu, borowiny, kąpieli igliwiowych, następnie mleka, żętycy, kefiru, kumysu, jagód i owoców. Dział ten zamykają obszerne uwagi nad urządzeniami zdrojowemi i kąpielowemi; między innemi o czerpaniu, napełnianiu i ogrzewaniu wód, o wziewaniach itp.

Klimatoterapia stanowi osobny dział. Szczegółowo opisane są czynniki klimatyczne i działanie ich na ustrój, jak powietrze, ciśnienie, wilgotność, opady atmosferyczne, wiatry, wpływ morza i roślinności. Wielką zasługą autora jest przedstawienie stosunków klimatycznych nietylko pojedynczych zdrojowisk naszych, lecz na całej przestrzeni Karpat od Śląska aż do Bukowiny. Opis oparł autor na wielce żmudnem przestudyowaniu kilkunastotomowych obserwacyj meteorologicznych Komisyi fizyograficznej krakowskiej Akademii Umiejętności.

Drugą część dzieła stanowi „Balneografia krajowa". Szczegółowo opisanych znajduje się 68 następujących miejscowości: Birsztany, Bóbrka, Busko, Bystra, Ciechocinek, Czarniecka Góra, Czygiełka, Delatyn, Demnia, Dora, Druskieniki, Drużbaki, Głębokie, Grodzisk, Grodzisko, Hrebenów, Inowłódź, Iwonicz, Jaremcze, Jaśkowice, Jaworze, Kamionka, Kiselka, Konopówka, Korczyn, Kossów, Krościenko, Krynica, Krzeszowice, Kulaszne Kuty, Ligotka, Lubień, Maków, Marjówka, Mikuliczyn, Morszyn, Muszyna, Nałęczów, Niemirów, Nowe Miasto, Ojców, Otwock, Pieskowa Skała, Pohulanka, Pustomyty, Rabka, Rudno, Rymanów, Rytro, Sassów, Skole, Sławinek, Sławuta, Solec, Spas, Sucha, Swoszowice, Synowódzko, Szczawnica, Szepetówka, Szkło, Truskawiec, Worochta, Wysowa, Zakopane, Zawoja, Żegiestów.

Wprawdzie wiele z wymienionych miejscowości z powodu braku urządzeń nie odpowiada wymaganiom uzdrowiska, lecz jest to niemałą zasługą autora, że je skrzętnie zebrał i opisał, gdyż przez to zwrócił uwagę na skarby przyrody naszej ziemi, które w przyszłości mogą być zużyte; zwłaszcza, że sam autor daje cenne wskazówki pod tym względem. Szczegółowy opis pojedynczych zdrojowisk krajowych jest tak dokładnie, a rzetelnie nakreślony, jak go tylko ten może podać, który sam ma wielkie doświadczenie balneologiczne, a przytem może czerpać z obficie nagromadzonego materyału literackiego. Nadto znajdujemy tu szczegóły, które tylko przez osobiste informacye nabrać można. Pracowite i przedmiotowe przedstawienie rzeczy, oraz trafne uwagi przy opisie pojedynczych zdrojowisk, świadczą o chwalebnych, a naśladowania godnych chęciach autora przyczynienia się do podniesienia urządzeń w naszych zdrojowiskach.

Niniejszą, wielce pożądaną a nader pożyteczną publikacyę należy uważać jako zestawienie wyników 50-letnich usiłowań nad urzeczywistnieniem myśli, podjętej przez prof. Józefa Dietla, a podtrzymywanej niezmordowanie i usilnie przez jego ucznia i następcę prof. Edwarda Korczyńskiego. Książka tego rodzaju treści i zalet powinna znajdować się na biurku każdego lekarza Polaka, który nie powinien nigdy tego zapominać, że na jego egzystencyę składają się pacyenci Polacy, a nie obconarodowi, a im więcej przyczynia się sam do podniesienia materyalnego narodu własnego, w co wchodzą także zdrojowiska krajowe, tem lepszy będzie i jego byt materyalny. *Walery Jaworski.*

V. Wyciągi.

Mühlmann. **Zanik a rozwój.** *(Deutsch. med. Wochs.* 1900, Nr. 41). W przeważnej części przypadków ocenić możemy zanik tylko według cech jego morfologicznych, nie zawsze zaś umiemy rozstrzygnąć, o ile z temi morfologicznemi zmianami wiąże się upośledzenie czynności. M., zmieniając zupełnie pojęcie zaniku, zaznacza, że w prawidłowym ustroju w ciągu całego życia toczą się sprawy, (uważane przez M. za) zanikowe i dzieli je na trzy główne gromady: zanik plastyczny, tkankotwórczy i nekrobiotyczny. Zanik plastyczny ma według M. powstawać wskutek wzajemnego ucisku mnożących się w ograniczonej przestrzeni komórek, które przez to pomniejszają się, spłaszczają i t. d.; zanik tkankotwórczy ma być według M., wyższym niejako stopniem zaniku plastycznego, przyczem komórki zostają tak ugniecione, że przybierają postać wrzecionowatą, zamieniają się na włókna i t. d., a równocześnie różnych nabierają własności (?), w gromadzie zaś zaników nekrobiotycznych wylicza M. zanik prosty obok wszelkiego rodzaju zwyrodnień, a nawet martwicy i rozpadu tkanek. (Bałamutne wywody M. opierają się nadto przeważnie na twierdzeniach, wprost nieprawdziwych. *Spraw.).* *C.*

Doc. Weygandt (Würzburg). **Psychologia a anatomia mózgu ze szczególnem uwzględnieniem nowoczesnej frenologii.** *(Deutsche med. Wochs.* 1900, Nr. 41). Pomijając dawniejsze wyobrażenia o związku pewnych części mózgu z pewnemi czynnościami psychicznemi, oraz osławioną frenologię Galla, wymienić należy jako pierwszą zdobycz dla psychologii znane spostrzeżenie Broca w r. 1863, dotyczące siedziby ośrodka ruchowego mowy, po którem od r. 1870, tj. od badań Fritscha i Hitziga szybko rozwijała się nauka o usadowieniu pewnych ośrodków w oznaczonych częściach kory mózgowej. Wnioski, jakie z nauki tej wysnuć może psychologia, spaczone jednak zostały przez badania Meynerta nad t. zw. włóknami rzutowemi (projekcyjnemi) i skojarzeniowemi (assocyacyjnemi). Nie zdawano sobie bowiem sprawy z tego, że włókna skojarzeniowe (assocyacyjne) Meynerta, łączące ze sobą rozmaite punkty kory mózgowej, mogą w rzeczywistości nie mieć nic, prócz nazwy, wspólnego z tem, co w psychologii nazywa się skojarzeniem. Jeszcze większą szkodę wyrządziła znana nauka Flechsiga, którą autor nazywa nowoczesną frenologią, a którą z początku przyjęto z ogromnym zapałem, później odrzucano niemniej energicznie. Flechsig badając kolejność, w jakiej rozwijają się pęczki włókien w mózgu, doszedł do wniosku, że rozwój swój kończą, t. j. otrzymują osłonkę rdzenną najwcześniej te pęczki włókien, które wiążą się z ośrodkami, usadowionymi w pięciu okolicach kory mózgowej: zwoju środkowym, trzecim zwoju czołowym, płacie skroniowym, potylicznym i zwoju Hipokampa. Już w czwartym tygodniu po urodzeniu okolice te kory mózgowej połączone są włóknami rdzennemi z narządami obwodowemi, muszą one zatem być siedzibą zasadniczych podstaw samowiedzy. Pozostająca jednak jeszcze znaczna część kory mózgowej (około $^2/_3$), którą Flechsig dzieli na 4 pola, musi być wobec tego siedzibą wyższych czynności psychicznych; jej czynność stanowić będzie, zdaniem Flechsiga, przedmiot psychologii, jej choroby są polem dla psychiatryi. Dalszy rozwój nauki Flechsiga zawiódł jednak pokładane w niej nadzieje; opierając się bowiem ciągle na kolejności rozwoju pęczków włókien nerwowych i przypisując każdemu pęczkowi odrębne czynności, doszedł w najnowszych czasach Fl. do oznaczenia aż 40 pól korowych, odpowiadających jego zdaniem rozmaitym czynnościom psychicznym. Tymczasem cały szereg innych badaczy, sprawdzając badania Flechsiga, wykrył, że przeważnie opierają się one na błędach spostrzegawczych, a nawet wprost na błędach technicznych; psychiatrzy zaś wykazali najzupełniejszą niezgodność twierdzeń Flechsiga z doświadczeniem klinicznem. Zarówno, jak psychiatrya, musi i psychologia odrzucić nowoczesną frenologię Flechsigowską. Flechsig bez wahania odnosi najbardziej złożone zjawiska psychiczne do jednego ze swoich 40 pól mózgowych, nietylko nie dając na to dowodów, ale nawet okazując wprost nieznajomość najważniejszych zdobyczy i podstawowych pojęć psychologicznych. Przedmiotem psychologii jest zresztą bezpośrednie spostrzeganie siebie samego; anatomia, dostarczając nieco danych pomocniczych, nigdy jednak nie dostarczy faktów, któreby mogły stanowić samą treść nauki psychologii. „Bo gdyby nawet — po-

wiada autor — można zbudować sztucznego człowieka, we wszystkiem, do najdrobniejszych szczegółów anatomicznych, podobnego do żyjącego, prawidłowego człowieka, gdyby tej sztucznej maszynie nadać można ruch prawidłowy, to i tak nie dowiedzielibyśmy się, co i jak istota taka odczuwa, gdyby nam tego sama nie powiedziała, i gdyby tego z podmiotowem naszem odczuwaniem porównać nie można“. Jakkolwiek nie ulega dziś wątpliwości prawo psychofizycznej równoległości, t. j. ścisłego związku czynności ducha ze stanami mózgu, to jednak poza tą ogólną zasadą i poza wiadomościami o usadowieniu niektórych ośrodków ruchowych i czuciowych, nie wiemy nic o szczegółach tego prawa. Jeżeli zaś kiedyś zdobędziemy jakieś wiadomości, to przedewszystkiem o znacznie prostszych zjawiskach psychicznych, niż te, które chciał „lokalizować“ Flechsig i z pewnością nie na zasadach, przez niego podanych. *C.*

Ziem. **Przyczynek do nauki o jaglicy.** *(Wien. klin. Wochs.* Nr. 41 i 42). Z. utrzymuje, że w nauce o jaglicy zaznacza się zwrot, że mianowicie coraz liczniejsi badacze uważają jaglicę za cierpienie nie zawsze zakaźne i zaraźliwe. Że w znacznej części przypadków jest jaglica chorobą zaraźliwą, tego dziś nikt nie przeczy i Z. sam przeczyć nie myśli, jednakże zwracając uwagę na endemiczne pojawianie się jaglicy w pewnych okolicach, niedające się całkowicie wytłómaczyć zaraźliwością tego cierpienia, przypisuje znaczenie pewnym wpływom klimatycznym, tellurycznym i innym, działającym równocześnie na wszystkich mieszkańców danej okolicy. Z tych wpływów wymieniano: z jednej strony wpływy, działające bezpośrednio na sam narząd wzrokowy, jako to: nadmierne gorąca i olśnienie światłem słonecznem, oraz działanie pyłu; z drugiej zaś czynniki, działające pośrednio, mianowicie w okolicach bagnistych, zimniczych, wpływy atmosferyczne, wywołujące nieżyty nosa, szerzące się „per contiguitatem“ lub drogami krwionośnemi na spojówki oka, a dalej czynniki szkodliwe, dostające się w takich okolicach do ustroju drogą przewodu pokarmowego (z wodą), a usadawiające się w końcu w narządzie wzrokowym. Z. stara się wykazać, że nadmiernym upałom, ani też olśnieniu większego znaczenia w etyologii jaglicy przypisywać nie można, że natomiast wielkie znaczenie ma działanie drobnego, prawie niedostrzegalnego pyłu (n. p. w okolicach piaszczystych); pył ten, dostawszy się do worka spojówkowego, wywołuje jaglicowate zmiany, którym łatwo, jak się autor przekonał, zapobiedz przez proste silne przepłókiwanie worka spojówkowego. Również ważne znaczenie ma, zdaniem autora, bagnistość okolicy, ułatwiająca powstawanie uporczywych nieżytów jaglicowatych, przenoszących się na spojówkę z nosa drogą przewodów łzowych. Istnieniem tych nieżytów jamy nosowej i jej przyległych tłómaczy Z. także częstość nawrotów, zdarzających się po operacyjnem leczeniu owych jaglicowatych zmian spojówek. — Na zasadzie swych wywodów zaleca Z. zmianę postępowania leczniczego i zapobiegawczego w jaglicy: potępia leczenie operacyjne (wycinanie załamka i t. p.), zaleca natomiast skaryfikacyę załamka, przepłókiwanie worka spojówkowego, leczenie nieżytów nosa i ogólne zachowanie się higieniczne, wreszcie asanizacyę okolic bagnistych i t. d., co wszystko ma zastąpić ze skutkiem dotychczasowe postępowanie (?). *S.*

Abba i Rondelli. **Dalsze doświadczenia w sprawie odkażania mieszkań formaldehydem (zapomocą przyrządów Flüggego i Scheringa).** *(Centralbl. f. Bacteriol.* 1900, Tom 28, Nr. 12, 13). Doświadczenia Abby i Rondelliego różnią się w metodyce swej od innych podobnych doświadczeń tem tylko, że wyniki odkażenia sprawdzano nie tylko na sztucznych hodowlach bakteryi, ale i na w zwykłych warunkach zakażonych przedmiotach, w liczbie których zwracali autorowie szczególną uwagę na pył, pokrywający ściany i podłogę odkażanych przestrzeni. Na podstawie zarówno obecnych swych badań z przyrządami Flüggego i Scheringa, jak i dawniejszych z przyrządami Trillata i Schlossmanna, dochodzą autorowie, dzięki, jak sądzą, krytyczniejszej metodyce doświadczeń, do wyników o wiele mniej pomyślnych, niż wszyscy inni badacze praktycznej wartości odkażania formaldehydem. Wyniki te są następujące: 1) Zapomocą formaldehydu odkazić można wyłącznie powierzchnie przedmiotów i to tylko wtenczas, jeżeli powierzchnie te są gładkie i względnie czyste (n. p. szyby, meble politurowane i t. p.). 2) Odkażenie zawodzi, jeżeli na przedmiotach znajduje się pył, widoczny gołem okiem. 3) Formalehyd nie odkaża podłóg, ram i gzemsów. 4) Powierzchnia przedmiotów wyściełanych, kobierców, materacy i t. p. ulega odkażeniu tylko rzadko, i to nawet wówczas odkażenie jest niejednostajne. 5) Odkażenie ścian udaje się bardzo rzadko, mianowicie wtenczas, gdy są one lakierowane i bardzo czyste, a i wówczas odkażenie jest niejednostajne. 6) Formaldehyd nie przenika pościeli; sami nawet zwolennicy formaldehydu przyznają, że on pościeli dostatecznie na wskroś nie odkaża. 7) Odkażenie formaldehydem musi być uzupełnione zawsze zapomocą odkażenia sublimatem i parą, gdyż nigdy nie jest zupełne. 8) Odkażenie to wymaga i tak najmniej 10 godzin czasu w każdem mieszkaniu, pociąga więc za sobą konieczność urządzenia schronisk dla ludności ubogiej, która musi opuszczać odkażano mieszkanie; natomiast odkażenie sublimatem można ukończyć w godzinę, nie usuwając mieszkańców z ich mieszkania na czas zbyt długi. 9) Pomimo użycia amoniaku do zobojętnienia formaldehydu, trzeba potem jeszcze mieszkania przewietrzać, inaczej mieszkanie jest nie do użytku; w każdym więc razie nie mogą mieszkańcy zająć go nawet po 10 godzinach. Ponieważ po kątach zapach formaldehydu utrzymuje się dłużej, przeto w całości wymaga odkażenie tym środkiem opuszczenia mieszkania najmniej na dobę. 10) Odkażenie formaldehydem nie zmniejsza wydatku na przyrządy i środki odkażające; przeciwnie jest ono kilkakrotnie droższe od odkażenia sublimatem. 11) Ponieważ odkażanie powinno być wogóle jak najprostsze i jak najbardziej jednolite, przetojest rzeczą niedogodną i niepraktyczną używać w jednych chorobach jednego, w innych innego sposobu odkażania; przeciwnie należy używać zawsze jednego tylko środka odkażającego, o którym wiadomo, że pewna jego ilość niszczy możliwie największą ilość zarazków i to w tych warunkach, w których zwykle znajdują się w zakażonych przedmiotach.

Na zasadzie badań autorów uznał i uchwalił zjazd higienistów w Como, że, jak dotąd, nie można do urzędowego odkażania mieszkań stosować w miejsce sublimatu odkażania formaldehydem, gdyż nie jest ono dość pewne.
Ciechanowski.

M. Oberst. **W sprawie urazowych zachorzeń kręgosłupa** *(Münch. med. Wchsch.* Nr. 39. 1900). Autor występuje przeciw twierdzeniu Kümmela, jakoby po stosunkowo nieznacznych urazach kręgosłupa rozwijać się miała w trzonach kręgów jakaś sprawa zapalna *(ostitis rareficiens)*, która, powodując zanik kości, w następstwie sprowadza garb *(spondylitis traumatica)*. Wszystkie te przypadki (o ile wykluczyć można stanowczo gruźlicę, zajęcie stawów międzykręgowych, niedomogę nerwową, udawanie i t. p.) uważa Oberst za złamanie kręgów ze zgnieceniа, oczywiście za złamanie nieznacznego stopnia, które nie powoduje zaburzeń w rdzeniu, ani też zbytnio nie upośledza wydolności kręgosłupa. Wśród tych warunków rozpoznanie pewne jest trudne, chorzy zawcześnie wstają z łóżka, zanim jeszcze kostnina dostatecznie stężała i pod uciskiem poddaje się, stając się powodem bólów i garbu, rozwijającego się w kilkanaście tygodni po uszkodzeniu, a w kilka po opuszczeniu łóżka. Proponuje tedy O., aby raz na zawsze wykreślić bałamutną i bezpodstawną nazwę *spondylitis traumatica*, a w miejsce jej wstawić istotną *fractura vertebrae e compressione*, a chirurdzy ostrożni mogą mówić o *gibbus*, względnie *kyphosis traumatica*.
Herman.

Hartmann. **Osobliwa pośmiertna torbielowata zmiana w ośrodkowym układzie nerwowym.** *(Wiener klin. Wochs.* 1900. Nr. 42). W mózgu i rdzeniu 68 l. mężczyzny, zmarłego po napadzie udarowym w przebiegu zniedołężnienia poraźnego, spotkał H. obok starych ognisk rozmiękczynowych bardzo liczne torbiele, nadające tym narządom wejrzenie sera szwajcarskiego. Badanie drobnowidowe wykazało, że torbiele nie posiadały ścian własnych; substancya mózgowa sąsiednia zasiana była mnóstwem krótkich prątków, wypełniających także naczynia krwionośne mózgu i rdzenia. W otoczeniu torbieli i naczyń brak jakichkolwiek zmian zapalnych. Wszystko to dowodzi, że torbiele powstały już po śmierci wskutek działania prątków gazotwórczych, które prawdopodobnie częściowo już w chwilach przedzgonnych dostały się w znacznej ilości do naczyń. *Z.*

Dr. J. Hahn. **Mój sposob odkażania rąk.** (*Ctrbl. f. Chir.* Nr. 40. 1900). Sposób mycia rąk, używany przez H., polega na następujących aktach: po 4-krotnem dokładnem obmyciu rąk zwykłem mydłem szarem, ciepłą wodą 40° C. i szczotkami wyjałowionemi, myje H. w ciągu 4 minut ręce w 1‰ roztworze sublimatu w 96% alkoholu, poczem spłókuje alkohol w zwyczajnym 1‰ roztworze wodnym sublimatu i w końcu, bezpośrednio przed przystąpieniem do operacyi, jeszcze raz wyciera ręce alkoholem ze sublimatem. Metody tej używa od roku 1894 i jest z niej tak zadowolony, że nie porzucił jej dla żadnej z nowszych. *Herman.*

Prof. Bernheimer (Insbruk). **Korowe ośrodki widzenia.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 42. 1900). Na podstawie swych badań anatomicznych i doświadczalnych doszedł B. do następujących wyników: w *corpus geniculatum* nie kończą się włókna, biegnące od plamki żółtej, w jednem ograniczonem miejscu, lecz pozostają w związku prawie ze wszystkiemi odcinkami zewnętrznej części ciała kolankowatego. Wskutek bardzo zawikłanych, a zarazem celowi odpowiednich stosunków anatomicznych w tej części mózgu (przynajmniej u człowieka i małp) mogą podniety świetlne, dostające się od plamki żółtej do zewnętrznej części ciała kolankowatego nawet

w tych razach być przeniesione dalej ku korze mózgowej, gdy zostanie przerwane przewodnictwo w tych włóknach rozpromienienia wzrokowego (Sehstrahlung), które zwykle podniety te przewodzą. Sąsiadujące bowiem z uszkodzonemi inne włókna tej części mózgu mogą czynność włókien uszkodzonych, dzięki nadzwyczaj licznym punktom zetknięcia się w ciele kolankowatem, zastąpić. To też jak długo choć część włókien tych jest nieuszkodzoną, czynność plamki żółtej, której w korze nie odpowiada ograniczona wyspa ośrodków, utrzyma się. *Z.*

Prof. König. **Aseptyka rąk? Operowanie bez pośredniego dotykania się rany palcami i ręką** *(Ctrbl. f. Chir.* Nr. 36. 1900). Niema pewnego sposobu wyjaławiania rąk. Nie pozostaje zatem nic innego, jak zapobieganie dotykania się rany palcami, posługując się w jak najszerszym zakresie narzędziami metalowemi, które przecież wyjałowić można absolutnie. Nie można podawać w tym kierunku żadnych stałych przepisów i określonych reguł. Zależy wszystko od wprawy i czasu. (Myśl podniesiona przez autora nie nowa, bo już oddawna częściowo przynajmniej w praktyce przyjęta — zasługuje na jak najszersze przyjęcie i przekształcenie w metodę. Od kilku miesięcy używaliśmy w klinice Rydygiera do wyłuszczenia mniejszych i ruchomych gruczolaków zołzowych haczykowatych kleszczyków Museuxa i nożyczek Coopera i przekonaliśmy się, że nawet bez nadzwyczajnej wprawy uniknąć można zupełnie dotykania rany palcami, a czekała nas nagroda znakomita, w każdym bowiem z tych przypadków osiągnęliśmy rychłozrost. *Przyp. ref.).*
Herman.

Roeger. **Ropień „metapneumoniczny", zawierający czystą hodowlę dwoinek zapalenia płuc.** *(Münch. med. Wochs.* 1900, Nr. 41). W miesiąc po przebyciu zapalenia płuc rozwinął się u 55 mężczyzny w okolicy mostka ropień, który po przecięciu wnet się wygoił, w parę jednak tygodni potem rozwinął się drugi ropień w dolnej prawej części brzucha, pomiędzy mięśniami i powięzią przedotrzewnową. W ropie wykazano same tylko dwoinki Fränklowskie *(diplococcus pneumoniae)*, dotychczas w ropniach rzadko tylko napotykane. *C.*

Dieudonné. **O odkażaniu zapomocą cegiełek** (*Glühblocks, briquettes*) **karboformalowych.** *(Münch med. Wochs.* Nr. 42. 1900). Dotychczas stwierdzono, że używając 2—2·5 gr. formaldechydu na 1 m³ przestrzeni i odkażając najmniej przez 7 godzin, można zniszczyć bakterye, znajdujące się powierzchownie, jeżeli przy tem odkażana przestrzeń jest dostatecznie wysycona parą wodną. Wyniki te osiągnąć można było jednak tylko z pomocą rozmaitych przyrządów, z których według D. jest przyrząd tzw. wrocławski najtańszy, najlepszy i najprymitywniejszy. Obecnie wyrabia Elb w Dreźnie cegiełki, zawierające paraformaldehyd, a przedstawiające tę dogodność, że zapalone zapałką, żarzą się dalej same i wydzielają formaldehyd bez użycia osobnych przyrządów. Można je nadto poumieszczać w kilku miejscach odkażanej przestrzeni, zyskując przez to równomierniejsze odkażanie. Doświadczenia, które D. podjął z cegiełkami, przekonały go, że z ich pomocą można odkażać tak dobrze, jak jakimkolwiek innym sposobem, byle odkażana przestrzeń była dostatecznie napełniona parą wodną. Najprościej to można osiągnąć, polewając rozżarzone do czerwoności cegły wrzącą wodą. 2 litry wody i jedna cegła (żarzona przez 15—30 minut w piecu kuchennym) wystarczają na 80 m³. Do zabicia wszystkich bakteryi i zarodników wąglika wystarcza na m.³ 2,5 gr. formaldehydu, wywiązanego z cegiełek (cegiełka zawiera 50 gr. paraformaldehydu) i działającego przez 7 godzin; wywiązując mniej formaldehydu, otrzymuje się wyniki niezupełne, wywiązując natomiast 4·17 gr. na 1 m.³ można skrócić czas odkażania do 3½ godzin. Odkażanie zapomocą cegiełek, jak wogóle odkażanie formaldehydem, nadaje się tylko do niektórych chorób, głównie błonicy, płonicy, gruźlicy, grypy i odry. Choroby te stanowią jednak najmniej 90% wszystkich przypadków chorób zakaźnych, po których odkażać potrzeba. Odkażanie zapomocą cegiełek może być szczególnie pożyteczne po wsiach, gdzie brak przyrządów i wyćwiczonej służby.
Ciechanowski.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Środek do wywabiania plam po protargolu zaleca *La Presse médicale* Nr. 82: w równej mierze, jak i inne sole srebrowe, protargol plami bieliznę. Plamy świeże łatwo ustępują po wypłókaniu w wodzie z mydłem, lub zmoczeniu amoniakiem. Na plamy dawne najlepiej działa rozczyn jodku potasowego i kwasu cytrynowego, lub też rozczyn podsiarczynu sodowego, z dodatkiem małej ilości chlorku amonowego. Najlepsze atoli wyniki daje woda utleniona z dodaniem amoniaku; jeśli bielizna splamiona była już praną, zastósowanie wody utlenionej usuwa plamy w parę sekund. *A. K.*

Dr. J. Klüber. **Przypadek ostrego zatrucia formaliną** *(Münch. med. Wchschr.* 1900. Nr. 41). Przez pomyłkę, zamiast gorzkiej wody „Apenta", wypił 47-letni mężczyzna rozcieńczonego roztworu formaliny. Wnet wystąpiły objawy zatrucia: zupełne oszołomienie, jak po upiciu się, trwające kilkanaście godzin, bezmocz w ciągu 19 godzin, zaczerwienienie spojówek i błony śluzowej gardła; w moczu odczyn na kwas mrówkowy. Po paru dniach nastąpiło zupełne wyleczenie. *Herman.*

Dr. Kornfeld (Wien). **Doświadczenia lecznicze z cytrofenem.** *(Therap. Monatsh. Sept.* Nr. 25. 1900.). Po dokonaniu licznych prób z tym przetworem przychodzi autor do następujących wyników: cytrofen składa się z parafenedytyny i kwasu cytrynowego; sok żołądkowy rozszczepia go na składniki, ułatwiając im tem samem dodatnie działanie w ustroju. Składnik kwasu cytrynowego działa na bóle gośćcowe, podczas gdy drugi składnik działa przeciwgorączkowo i koi bóle nerwowe; przetwór ten ma tę wyższość nad innymi środkami podobnymi, że nie jest higroskopijny, łatwo się rozpuszcza w wodzie zwyczajnej lub wodzie, nasyconej kwasem węglowym, ma przyjemny kwaśny posmak, gasi pragnienie, oddając tem samem znakomite usługi w przypadkach gorączkowych lub nerwowych.

Co do stosowania, to podają go chętnie w cierpieniach gośćcowych, nerwowych, wreszcie w bezsenności. W grypie i innych chorobach gorączkowych stwierdzono również bardzo dobre działanie tego leku. Prócz tego stósowano cytrofen z dobrym wynikiem u morfinistów, oraz w ksztuścu. Ustrój zwykle do środka tego nie przyzwyczaja się; ważnem jest nadto, że podawany w pełnych dawkach osobom, nawet silnie osłabionym, nie wywołuje działania ujemnego. Podaje się go po 1,0, trzy r. dziennie nawet chorym z wadami serca, nie mówiąc już o innych cierpieniach gośćcowych, gorączkowych, nerwowych etc., gdzie działanie jego okazało się nader pożyteczne, przez co i zastósowanie tego środka powinno znaleść uznanie powszechne. *Dr. Ad. Dobrowolski.*

VII. Zdrojowiska lecznicze północnego Kaukazu.

podał

Dr. Witołd Eugeniusz Orłowski.

(Dokończenie).

O 20 kilometrów na południowy zachód od Essentuków znajduje się Kisłowodsk; leży on pod 43° 52′ szerokości północnej i 64° 22′ długości wschodniej, wznosząc się na 823 metr. nad poziom morza. Klimat Kisłowodska różni się od klimatu innych zdrojowisk kaukazkich, odznaczając się cechami klimatu górskiego. Ciśnienie atmosferyczne wynosi tu 690.3—693.9 mm.; lato nie gorace; najwyższa ciepłota dzienna przypada na m. sierpień (+ 25° C.), najniższa w styczniu rano (— 8° C.). Różnica ciepłoty w miesiącach letnich dochodzi do 2,5° C. Zima nie jest mroźna; w styczniu, lutym lub grudniu ciepłota w słońcu dochodzi nieraz do 20° C. Największa ilość opadów atmosferycznych bywa w maju, czerwcu i sierpniu; najmniejsza — w październiku. Podczas okresu opadów atmosferycznych panuje tu zimnica. Największa ilość dni jasnych przypada na zimę i jesień. Okoliczność ta, oraz mała ilość opadów atmosferycznych, łagodna siła wiatrów i umiarkowana ciepłota o tej porze roku, nadają zupełnie słusznie Kisłowodskowi miano zimowej stacyi klimatycznej. Nic też dziwnego, że niektórzy chorzy zostają w Kisłowodsku i na zimę, jakkolwiek urzędownie sezon rozpoczyna się 1 czerwca, kończy się już 1 października.

Oprócz klimatu górskiego Kisłowodsk posiada zdrój szczawy, zwany Narzan, którego używa się wewnętrznie i do kąpieli, bądź z wody grzanej, bądź też zimnej. Narzan zawiera w jednym litrze bezwodnika kwasu węglowego wolnego 1,98709 grm, w połowie związanego 0,44087 grm.; razem zaś kwasu węglowego 2,86883 grm. zakład posiada 52 wanien, zatem może udzielić dziennie kąpieli ciepłych

1040. W r. 1898 wydano kąpieli 55,644, w r. 1899 — 70,290. Oprócz tych kąpieli ciepłych, oraz w wodzie nieogrzewanej ze zdroju Narzan (12,8°C.) i kąpieli rzecznych w Olchówce, Kisłowodsk wkrótce pozyska nowy środek leczniczy, którego brak tu oddawna już czuć się daje, mianowicie ma tu w niedługim czasie powstać wodolecznica.

Do Kisłowodska udają się chorzy z przewlekłemi zapaleniami płuc, osoby cierpiące na gruźlicę, neurastenię i ozdrowieńcy po różnych ciężkich chorobach. Do Kisłowodska nadto przybywają osoby na t. zw. leczenie następowe i tu w ciągu 10—14 dni używają kąpieli w Narzanie, spędzają czas na zwiedzaniu malowniczych okolic, w które Kisłowodsk obfituje i przewyższa pod tym względem i pod względem rozrywek sąsiednie zdrojowiska. W roku 1899 liczyło się w Kisłowodsku osób 2,886, w r. 1900 przeszło 3,000.

W odległości 12$^1/_2$ kilometrów od Pjatigorska znajduje się zdrojowisko Żeleznowodsk, leżące pod 44° 8' 21" szerokości północnej i 60° 41' 30" dług. wschodniej, na wysokości od 576 do 640 mtr. nad poziomem morza. Jest to niewielka osada na południowej pochyłości góry Żelaznej. Klimat Żeleznowodska można porównać z klimatem alpejskim. Średnia ciepłota letnia wynosi 20° C.; *maximum* w ciągu ostatnich 9 lat nie przewyższało 27,2° C., *minimum* nie spadło niżej + 4° C. Średnie ciśnienie atmosferyczne 700—705 mm. Wilgotność umiarkowana. Najwięcej dżdżysty miesiąc jest czerwiec. Cała Żelazna góra jest pokryta lasem, wskutek czego nawet w porze letniej w parku nie jest gorąco. Żeleznowodsk posiada szereg zdrojów, należących do gromady wód żelezisto-alkalicznych. Najwięcej w użyciu są źródła W. Ks. Michała (20° C.), zawierające w 1 litrze 0,01 grm. dwuwęglanu tlenku żelaza, Maryńskie (31,25° C.) — 0,0099 grm. Oprócz tych wód, używanych wewnętrznie, woda żelezista z niektórych źródeł została przeprowadzoną do łazienek, z pomiędzy których najlepiej urządzone są tak zwane łazienki ostrowskie. Tu znajdują się również kąpiele błotne, oraz wodolecznica. Wanien do kąpieli żelezistych jest 54, do błotnych — 7; zatem dziennie zakład może wydać kąpieli żelezistych 1080, błotnych 70. W r. 1898 wydano kąpieli 58,631, w r. 1899 — 61,911. Z innych środków leczniczych w Żeleznowodsku w wielkiem użyciu jest kumys, kefir, mleko, nasycone gazem kwasu węglowego i Essentukskie wody mineralne. Nakoniec Żeleznowodsk nadaje się bardzo, jako tak zwany „*Terrenkurort*", polegający na systematycznych wchodzeniach na Żelazną górę.

Żeleznowodsk dotychczas jest przeważnie zdrojowiskiem kobiecem i dziecinnem; tu najwięcej spotkać można osób bledniczych i niedokrewnych; również z pomyślnym skutkiem tu się leczą różne przewlekłe cierpienia płciowych narządów kobiecych. Sezon w Żeleznowodsku trwa od 20 maja do 1 września. W r. 1899 leczyło się osób 2383, w r. 1900 zjazd był mniejszy, trochę więcej niż 2000 osób.

Muszę nakoniec wspomnieć o źródle kaukazkiej wody gorzkiej, zwanej Batalińską (dawniejsza Marya-Teresa). Znajduje się ono o 7 kilometrów od Pjatigorska niedaleko od niemieckiej kolonii Karras. Ze składu chemicznego należy ono do kategoryi wód gorzkich. W jednym litrze tej wody zawiera się 8,25874 grm. siarkanu sodowego, 8,46777 grm. siarkanu magnezyowego i 2,5416 grm. chlorku sodowego; jest to więc woda prawie dwa razy słabsza od zdroju Hunyadi Janos i najwięcej zbliżona do Fridrichshallskiej wody gorzkiej. Batalińskiej wody gorzkiej używa się w wszystkich zdrojowiskach, również jak i wody mineralnej Essentukskiej. Niemniej we wszystkich zdrojowiskach można mieć kumys, kefir, mleko zwyczajne i nasycone gazem; kumys najwięcej jest używany w Żeleznowodsku.

Każde zdrojowisko posiada obfitość dobrej wody do picia, sprowadzanej wodociągiem. Pomimo doskonałego klimatu i znakomitych wód mineralnych, urządzenie zakładów zdrojowych na Kaukazie pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Rząd rosyjski, w którego ręku one się znajdują, dokłada w ostatnim czasie wiele starań i wydaje spore sumy na ulepszenia; braków tu jednak wiele naliczyć można. Przedewszystkiem w Essentukach i w Żeleznowodsku uczuwa się dotkliwie podczas największego zjazdu brak mieszkań, wskutek czego chorzy muszą na jakiś czas zatrzymywać się w Pjatigorsku, który, jako miasteczko powiatowe, nie doznaje tej niedogodności. Lecz i istniejące mieszkania są urządzone na sposób dość pierwotny, bez wszelkiego komfortu, tak niezbędnego dla chorych. Ceny mieszkań są średnie; również i życie nie jest kosztowne. Niedostateczna ilość wanien także należy do stron ujemnych wszystkich wymienionych zdrojowisk. Brak także dobrze pomyślanych i stósownie urządzonych rozrywek. Co prawda, w pobliżu, osobliwie Kisłowodska, jest sporo malowniczych miejscowości, które zwiedza publiczność; lecz i tu nie ma dotychczas żadnych udogodnień. Pozostaje tylko muzyka, która gra w każdem zdrojowisku dwa razy dziennie, lawn tennis, gra w kręgle, krokiet, bilard, czytelnia, jakkolwiek bardzo niebogata, czasami koncerty, tańce i t. d. Kisłowodsk należy do najlepiej urządzonych pod każdym względem.

Pod względem opieki lekarskiej nic leczniczym zdrojowiskom kaukazkim zarzucić nie można; do wszystkich zdrojowisk przybywa tu z całej Rosyi na czas sezonowy do 150 lekarzy, oddających się najrozmaitszym specyalnościom; w ich gronie spotykamy wybitnych klinicystów. Nie brak także niższego personalu do wykonywania zleceń lekarskich, jako to: felczerów, masażystów, masażystek i t. d.

Jak już nadmieniłem, zdrojowiska kaukazkie są w rękach rządu, mianowicie ministerstwa dóbr państwowych. Zarząd przebywa w Pjatigorsku. Tu znajdują się różne zakłady publiczne, jak gimnazyum, kościół, bank, magazyny i t. d.; w innych zaś zdrojach są tylko apteki, poczta, telegraf, cerkwie. W Pjatigorsku odbywają się posiedzenia Balneologicznego Towarzystwa lekarskiego.

Tak się przedstawiają w obecnej chwili najważniejsze zdrojowiska lecznicze na Kaukazie. Co rok rząd wydaje znaczne kwoty pieniężne na poparcie dalszego ich rozwoju. Jeszcze w r. 1899 Rada państwa wyznaczyła 2,450.000 rs., przeznaczając je na uporządkowanie zdrojowisk w okresie 7-letnim. Nic więc dziwnego, że dobrobyt ich wciąż się poprawia. Powodzi się też nie mniej zdrojowiskom kaukazkim i pod względem naukowego ich opracowania. Same Essentuki posiadają już spore piśmiennictwo własne; w ciągu bowiem tylko dwóch lat (1895—1896) ogłoszono o nich do 20 poważnych rozpraw naukowych z pracowni prof Pasternackiego, który, jako prezes Wydziału balneologicznego Towarzystwa ochrony narodowego zdrowia, przyczynił się wiele w ostatnim czasie do opracowania balneologicznych i klimatycznych zasobów Rosyi. W obecnej zaś chwili, za inicyatywą dr. Kobylina, prezesa Balneologicznego Towarzystwa w Pjatigorsku, to ostatnie podjęło się ogłoszenia szeregu prac dla wyświetlenia sprawy leczniczego działania kąpieli siarczanych w Pjatigorsku.

VIII. Medycyna na wystawie światowej w Paryżu 1900.

V.

Na olbrzymim obszarze Wystawy paryskiej znajduje się w różnych pawilonach sporo przedmiotów porozrzucanych, ściśle należących do zakresu medycyny, lub co najmniej mogących zająć umysł lekarza. Do tej kategoryi należy wystawa w pawilonie na polu Marsowem Instytutu leczenia światłem Finsena.

Z dawniejszych badań wiadomo powszechnie, że światło ma wpływ na ciała organiczne, że ze wszystkich promieni widma wpływ ten fizyologiczno-chemiczny posiadają promienie najwięcej łamliwe: błękitne, fiołkowe i pozafiołkowe; przyroda tego działania nie jest znana, lecz doświadczenie pouczyło, że drażni ono powłoki i jest zabójcze dla drobnoustrojów. Profesorowi Finsenowi przypada za-

sługa, jeśli nie będziemy się liczyć z wcześniejszemi uwagami empiryków, zastosowania promieni świetlnych w lecznictwie; uczynił on to w dwóch kierunkach: bądź przez wykluczenie promieni chemicznych, by uniknąć drażniącego ich działania na powłoki, bądź przeciwnie przez zogniskowanie ich, ażeby uzyskać własności podniecające i bakteryobójcze. Z tych usiłowań Finsena powstały trzy metody lecznicze, a na wystawie można oglądać przyrządy, niezbędne do ich wykonania. Metody te są następujące: 1) zastosowanie wzmacniającego wpływu światła do leczenia stanów niedokrewności i pognębienia (wanny świetlne); 2) leczenie ospy promieniami światła czerwonego; 3) leczenie tocznia (*lupus*) zogniskowanymi promieniami chemicznymi.

O leczeniu promieniami świetlnymi wogóle, oraz o leczeniu ospy promieniami światła czerwonego, niedawno była mowa w „Przegl. Lekarskim", więc nie powtarzamy rzeczy znanych.

Więcej uwagi zwraca na siebie wystawa przyrządów, służących do leczenia tocznia (*lupus*) metodą Finsena. Instytut światłoleczniczy w Kopenhadze, obok przyrządów, używanych przez Finsena, wystawił fotografie, znakomicie objaśniające o szczegółach instalacyi gabinetu leczniczego. Źródłem światła jest słońce lub elektryczność: w razie pierwszym zużytkowuje promienie soczewka próżna w środku, o średnicy 20 ctm., napełniona rozczynem siarkanu miedziowo-amoniackiego, mającego za zadanie zatrzymać promienie cieplne. Elektryczność daje światło więcej stałe: używa się zwykle lampy łukowej o sile 80 amperów; promienie światła tej lampy, zapomocą rur metalowych długości 80 ctm., skierowuje się w czterech prostopadłych do siebie kierunkach; każda rura mieści w sobie trzy soczewki z kryształu górskiego; przestrzeń między soczewką średnią, a obwodową napełnia się wodą przekroploną. Rozkład rur w czterech kierunkach pozwala na jednoczesne poddanie leczeniu czterech osób przy jednej lampie. Chorego układa się na stole, a część chorą umieszcza się w odległości 12 ctm. od końca rury w ten sposób, by strumień światła pokrywał część chorą na przestrzeni korony lub nieco mniej. Chcąc wywrzeć wpływ dość silny, a jednocześnie nie wystawiać chorego na silny ból, należy ucisnąć skórę w miejscu działania światła; uciskadło składa się z dwóch szklanych i równoległych krążków, między którymi podczas działania światła przepływa ciągle strumień wody zimnej. Krążki ustalają się tasiemkami kauczukowemi, albo też trzyma je ręka pomocnika. Jeśli toczeń jest na policzkach, zachodzi potrzeba ochronienia oczów ciemnymi i szerokimi okularami; podobnież najbliższe otoczenie chorego powinno używać takich okularów. Leczenie odbywa się po godzinie codziennie tak długo, aż nastąpi zupełne wyleczenie. Zastósowanie światła nie wywołuje bólów, jeśli wszystkie przytoczone ostrożności będą zachowane; po każdem posiedzeniu skóra rumieni się, a czasem aż występują pęcherzyki, co nie powinno przerywać ciągłości codziennego leczenia. Blizna po wyleczeniu jest gładka, kształtna i, jak po żadnem innem leczeniu, mało rażąca: przekonać się o tem można z wystawionych fotografij, zdjętych przed zastósowaniem leczenia światłem i po jego ukończeniu. Co się tyczy doszczętnego wyleczenia, to dobrze jest wiedzieć, że nie następuje ono po seryi pierwszego zastósowania metody Finsena. W rok po odbyciu tego leczenia stwierdza się zwykle, że wyleczenie było pozorne: na tle blizny pojawiają się guzki, które bez trudności dają się usunąć po ponownem zastosowaniu leczenia światłem; po zniknięciu tych guzków nawrotowych wyleczenie staje się doszczętnem i trwałem. Finsen zastósował swoją metodę w przeszło 500 przypadkach tocznia.

Szpitale dla trędowatych, a właściwie plany na leprozorya, wystawiły Dania i Francya i o ile wiemy jest to pierwszy raz, że sprawa trądu w tej lub innej postaci pojawia się na Wystawie europejskiej, a świadczy zarazem, że ta biblijna choroba coraz szersze obecnie obejmuje obszary. Istnieje stowarzyszenie we Francyi, które zamierza wznieść szpital dla trędowatych w Wogezach i wystawiło plany tej budowy; prócz tego to samo stowarzyszenie wystawiło kartę geograficzną krajów, przez trąd nawiedzonych, oraz statystykę trędowatych całego świata. Liczba trędowatych na kuli ziemskiej przekracza milion, a z tego 400 przypada na Francyę, która posiada dwie kategorye trędowatych: przybyszów z kolonij i tubylców (Bretania i Alpy przymorskie). Głównem źródłem dla Francyi, zkąd przybywają trędowaci, jest Madagaskar i Tonkin.

W pawilonie miasta Paryża, w dziale szkół miejskich, znajdują się fotografie stereoskopowe, przedstawiające rozmaite oddziały szkoły Dra Laillera, przeznaczonej wyłącznie dla dzieci, chorych na strupień woszczynowaty (*favus*) i z tego powodu wykluczonych ze szkół publicznych. Nie wiemy, czy który kraj posiada specyalne szkoły dla strupieniowatych, ale też żaden naród świata nie ma tylu chorych na strupień woszczynowaty, co Francya. W szpitalu dla zołzowatych w Cerck-sur-Mer była w r. 1892 epidemia, podczas której zachorowało 240 dzieci. W początku tego roku, na 121 szkół miejskich w Paryżu, 111 posłało dzieci, chore na strupień, do szkoły Laillera. Dr. Sabourand nalicza 8000 dzieci, chorych na strupień, w Paryżu. Każda szkoła ludowa, przytułki dla sierót, prywatne i kongregacyjne pensyonaty posiadają chorych na strupień i, o ile są szkołami publicznemi, szerzą tę wstrętną chorobę po kraju

Plany szpitala imienia Pasteura zwracają na siebie uwagę lekarzy i skierowują ich do poznania tego zakładu. W r. 1895 dobroczynna osoba, nie życząca wyjawić swego nazwiska, ofiarowała się wystawić szpital naprzeciw Instytutu Pasteurowskiego z warunkiem, że będzie on miał wyłączne przeznaczenie „leczenia metodą Pasteura", zwłaszcza leczenie błonicy surowicą. Działo się to na parę tygodni przed śmiercią Pasteura, były to więc ostatnie jasne promienie gasnącego życia wielkiego uczonego i filantropa, który wynalazki swoje o tyle cenił, o ile one znachodziły zastósowanie dla wzniosłego dzieła miłości bliźniego. Na zakupionym obszarze stanęły dwie bliskie instytucye: szpital im. Pasteura i instytut dla chemii biologicznej, ufundowany sumptem baronowej Hirschowej, na czele którego stoi Duclaux. Jak wyżej powiedzieliśmy, Pasteur wkrótce umarł; współpracownik zmarłego mistrza Dr. Roux został powołany do pokierowania budową tak, ażeby ona odpowiedziała zadaniu, t. j.: 1) Odosobnienie chorych możebnie najzupełniejsze, 2) oczyszczenie sal jak najłatwiejsze i doszczętne, 3) oświetlenie jak najobfitsze, 4) wielkie wygody, lecz bez przesady, 5) elektryczność, gaz, woda zimna i gorąca we wszystkich salach, 6) zmniejszenie sprzętów do liczby najniezbędniejszych, 7) oddzielenie sal, przeznaczonych do odosobnienia, za pomocą szerokiego korytarza i t. d.

Do wielce trudnych zadań szpitalnictwa należy także urządzenie sal przyjęcia chorych i sal ambulatoryjnych, ażeby chorzy zakaźni nie zakażali chorych na cierpienia niezakaźne. W szpitalu im. Pasteura zarządzono następujące ostrożności: jeśli chory przybywa z wyraźnem życzeniem pozostania w szpitalu dla leczenia, zostaje natychmiast zaprowadzony do jednego z sześciu „gabinetów izolacyjnych", gdzie lekarz orzeka, czy chory ten ma cierpienie zakaźne, czy też nie; jeśli choroba w istocie jest zakaźna, chorego skierowują do sali specyalnej, zwanej „salą wstępu", a gabinet izolacyjny, skąd chory przyszedł, poddaje się odkażeniu W tej sali wstępu chory się rozbiera, i jeśli nie zachodzi przeciwwskazanie, bierze kąpiel, następnie ubiera się w ubranie szpitalne i kładzie się do łożka, na którem zostaje wywindowany lub przeniesiony do „sali izolacyjnej", gdzie odbywa leczenie Ubranie, w którem przybył, zostaje odkażone w dezynfektorze i zwrócone choremu, gdy ten opuszcza szpital. „Salę wstępu" również poddaje się bezzwłocznemu odkażeniu. Zbiór takich sal izolacyjnych stanowi pawilon dla za-

każnych. Czas ozdrawiania spędzają chorzy w osobnych salach i opuszczają szpital przez „salę wyjścia“, gdzie znajdują swoje własne ubranie, należycie odkażone.

Szpital im. Pasteura, jak wnosić można z tego, co wyżej powiedzieliśmy, nie jest żadną osobliwością pod względem nowości pomysłu; jeśli Francuzi tyle o nim piszą i są z niego dumni, to jedynie dlatego, że mało znają urządzenia szpitalne za granicą. Powołany atoli do praktycznego zastosowania metod Pasteurowskich, oraz kierowany przez uczniów Pasteura, może ten szpital w przyszłości przynieść niejedną zdobycz dla cierpiącej ludzkości. Na razie w szpitalu Pasteurowskim przyjmują tylko chorych na błonicę i wyjątkowo osoby, pokąsane przez zwierzęta wściekłe, lub już uległe wodowstrętowi. *Dr. A. Kwaśnicki.*

IX. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił *Dr. St. Droba.*

1. Znieczulanie za pomocą wstrzykiwania rozczynu kokainy pod osłonki rdzenia pacierzowego.

Tuffier (Paryż) opiera swoje doświadczenie na 125 operacyach, wykonanych w wyżej wymienionem znieczuleniu na kończynach dolnych, międzykroczu, pęcherzu moczowym, odbytnicy, jelitach, macicy i jej otoczeniu. Najwyższa dawka wstrzykiwanej kokainy wynosiła 1·5 ctg.; znieczulenie otrzymywał zawsze zupełne. Brak lub niezupełne znieczulenie dowodzi, że albo 1. rozczyn kokainy był nadpsuty, albo 2. nie wstrzyknięto go odpowiednio, mianowicie w przestwór podpajęczy (*Cavum arachnoideale*). Złe następstwa, zależące najczęściej od zadużej dawki, występują tak dobrze podczas znieczulenia, jako też w jakiś czas po jego ustąpieniu. Obraz pierwszych jest mniej więcej następujący: bezpośrednio po wstrzyknięciu rozczynu kokainy doznaje 25% chorych uczucia przygnębienia, znieczulenia i zdrętwienia, rozpoczynającego się na palcach kończyn dolnych i posuwającego się szybko ku górze aż do pępka, a nawet do połowy klatki piersiowej. Znieczulenie występuje po 5—10 minutach i trwa 1½—4 godzin. Podczas operacyi skarżą się często chorzy na uczucie ściskania w dołku podsercowym, doznają uczucia lęku i braku powietrza, oddechają ciężko i powoli. Nieco później występują nudności, a czasem i wymioty, obok uczucia pieczenia, rozpoczynającego się na kończynach i postępującego ku górze. Twarz zwykle blada, pokrywa się ustawicznie potem, tętno przyspieszone waha się między 90—120.

Przypadłości po ustąpieniu znieczulenia występują również tylko w pewnej liczbie przypadków i polegają na wymiotach, dreszczach, wzniesieniu ciepłoty do 39·9 i dotkliwym bólu głowy, trwającym 15—48 godzin. Obawa porażenia ośrodków rdzenia przedłużonego jest, zdaniem prelegenta, zbyteczną, gdyż znieczulenie kończy się z reguły poniżej przepony. Ze 125 operowanych w tem znieczuleniu umarło 5. W czterech przypadkach przyczyna śmierci nie zależała od znieczulenia, piąty chory, zmarły wśród objawów duszności, cierpiał, jak wykazała nekroskopia, na niedomogę zastawki dwudzielnej z następowemi nadzianiami krwawemi w płucach. Wady sercowe nie stanowią przeciwwskazania do operacyi w tem znieczuleniu. Tuffier widzi wiele korzyści w tej metodzie znieczulania, aczkolwiek nie jest ona, zdaniem jego, w stanie wyrugować uśpienia chloroformowego.

Severano (Bukareszt) zwraca uwagę na napady omdlenia, które trwały u jego chorych po wstrzyknięciu kokainy pod osłonki rdzenia pacierzowego czasami po 8 godzin. Najwyższa dawka kokainy, jakiej on używał, wynosiła 4 ctg. W razie wystąpienia objawów zatrucia stosuje chętnie kofeinę.

Racoviceanu-Pitesci (Bukareszt) operował 125 przypadków w omawianem znieczuleniu i to w wieku chorych od 6—72 lat. W czterech przypadkach nie otrzymał znieczulenia i musiał się uciec do uśpienia chloroformowego, w dwóch przypadkach znieczulenie ustąpiło przed dokończeniem operacyi. Po kilkakrotnem stosowaniu tego sposobu znieczulania u jednego i tego samego chorego daje się zauważyć u niego wzmożona odporność na działanie kokainy. Na 100 pierwszych przypadków nie miał w 17 żadnych ubocznych przypadłości; w 80 wystąpiły lekkie objawy zatrucia, trwające od 12 godzin do 5 dni: w trzech przypadkach miał tak ciężkie objawy zatrucia, że zachodziła obawa o życie chorych. Dawka, jakiej używał, wahała się od 2—4 ctg.; używał samej kokainy, lub mieszaniny kokainy z morfiną. Choroby nerek stanowią przeciwwskazanie do tego sposobu znieczulania; wady serca i miażdżyca tętnic wymagają bacznej uwagi. Metoda ta nie wyrugnje, zdaniem jego, uśpienia chloroformowego.

Nicoletti (Neapol) dochodzi na podstawie swych badań do przekonania, że wstrzykiwanie rozczynu kokainy pod osłonki rdzenia pacierzowego nie wywołuje żadnych histo-patologicznych zmian w tkance nerwowej rdzenia i nerwów. Nie odmawiając swoistego działania kokainie, twierdzi, że rozprzestrzenia się ono drogą naczyń krwionośnych. Sam operował w tem znieczuleniu 7 przypadków, a zawsze z zupełnem zadowoleniem.

2. Braquehaye (Tunis) podnosi wyższość nirwaniny, jako środka znieczulającego, nad kokainą: *a)* nirwanina daje się lepiej wyjałowić; *b)* przedstawia znacznie mniejsze niebezpieczeństwo zatrucia; *c)* posiada znacznie dłuższe działanie; *d)* daje się stósować w stanach zapalnych skóry. Po zastrzyknięciu 0·5 grm. nie widział nigdy ubocznych przypadłości. Znieczulenie występuje dopiero 5—10 minut po zastosowaniu środka.

3. Faure (Paryż): O chirurgicznem leczeniu raka. Pomimo trudności, jakie przedstawiają często operacye raka, pomimo, że liczba uleczonych przez niego przypadków raka drogą operacyjną jest niepokaźna, przyjąć się należy i musi za zasadę, że operacya jest dziś jedynym środkiem na raka, którego nie wolno pozbawiać chorego, przeznaczonego na niechybną śmierć, chociażby nawet istniały jak największe trudności techniczne, a małe widoki wyleczenia. Rak jest miejscową chorobą, musi być przeto miejscowo operacyjnie leczonym. Operacya musi być dokładną, wykonywaną w tkance już zupełnie zdrowej, gdyż w przeciwnym razie występuje rozszerzenie się raka, a nie nawrót, gdyż nawrotów raka w ścisłem słowa znaczeniu niema. Sam operuje zawsze bardzo radykalnie, nie oglądając się nigdy na to, czy będzie miał czem pokryć powstające ubytki, czy nie, i ma dotychczas 93 przypadków operowanych, a między nimi 18 przypadków uleczonych, bo bez śladu nawrotu od 12—47 miesięcy.

4. Truneczek (Praga). O leczeniu złośliwych nowotworów arszenikiem. Leczenie wrzodziejących nowotworów „Czerny-Truneczek“ polega na codziennem pomazywaniu ich powierzchni rozczynem: *Acid. arsenicos. 1,00 Alkoholi*, *Aquae dest. aa 4,00—75,0.* W przypadkach małych guzów u osób niezbyt jeszcze osłabionych można uzyskać zupełne wyleczenie. Sam uzyskał zupełne wyleczenie mięsaka skóry u 24-letniej kobiety, trwające już 18 miesięcy.

Wpływ leczenia daje się dokładnie spostrzegać na mięsakach skóry i przedstawia się jak następuje: powierzchowne warstwy stają się najpierw zupełnie bezkrwistemi, tak, że po ich nacięciu wydobywa się tylko surowicza ciecz, później warstwy te twardnieją, tak, że się z trudnością dają krajać i zupełnie obumierają, a po wytworzeniu się odgraniczającego zapalenia, odpadają. Gdy guzek jest mały i nastąpi zupełne jego obumarcie, wtedy po wytworzeniu się około niego zapalenia odgraniczającego, oddziela się w całości, jakby ciało obce.

5. Michaux (Paryż). Nowy sposób tamowania krwotoku, wraz z demonstracyą automatycznego przyrządu do zakładania metalowych podwiązek, zapomocą którego jednem ściśnięciem ręki podwiązuje się broczące naczynie 0·7 mm. grubym drucikiem srebrnym. Przyrządem tym założył przy amputacyi uda w 9 minutach i 20 sekundach 32 podwiązek. Podwiązki są zupełnie pewne. Wykonał w ten sposób 5 amputacyj 2 owaryotomie i 5 innych operacyj.

6. Severano (Bukarest) opisuje ukryty zygzakowaty szew skóry, za pomocą którego uniknąć można widocznych blizn na twarzy. Cienką igiełkę, nawleczoną nitką katgutu z węzełkiem na końcu, wbija się powyżej kąta rany 4—5 mm. od brzegu rany i przeprowadza się skośnie w głąb rany, najpierw po jednej stronie powierzchni rany, następnie w tym samym kierunku, tylko końcem igły na zewnątrz zwróconym po przeciwległej powierzchni rany i przebija się nią skórę 4—5 mm. od brzegu rany. Po przeciągnięciu nitki, wbija się igiełkę w ten sam otworek skórny, przeprowadza się skośnie i ku dołowi po jednej stronie powierzchni rany, a potem skośnie ku górze po przeciwległej powierzchni wykłówa się ją przez skórę 4—5 mm. od brzegu rany, naciąga się nitkę, wbija się ją w ten sam otworek skórny i t. d. Węzełek kończy szew.

7. Michel (Paryż) demonstruje przyrząd zaopatrzony w 48 małych, 2½ mm. szerokich i 1 ctm. długich agrafek do bezgnilnego, a nader szybkiego szwu skórnego. Przyrządem tym ujmuje się brzegi rany, a za każdorazowem jego ściśnieniem jedna z agrafek wbija się za pomocą dwóch haczyków w brzegi rany i utrzymuje je w nadanej pozycyi. (C. d. n.).

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Otrzymujemy następujace pismo:

Analogiczny przypadek do ogłoszonego w piśmie Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, wystósowanem do Prezydyum c. k. Sądu krajowego karnego we Lwowie (Przegląd lekarski, Nr. 42, 1900), ogłosiła *Int. klin. Rundschau* w r. 1890 str. 133, a mianowicie:

„W listopadzie 1889 r. sąd w Jauer postanowił, dla braku lekarza okręgowego, wezwać do odbycia sekcyi, obok lekarza powiatowego, jednego z lekarzy miejscowych; lecz ci kolejno odmówili, a usprawiedliwienie się ich sąd uznał za wystarczające, z wyjątkiem jednego; tego więc jednego, który nie usprawiedliwił należycie swej odmowy odbycia sekcyi, skazał sąd na 100 marek i koszta sądowe. Skazany lekarz rekurował i sąd krajowy w Lignicy zniósł wyrok sądu w Jauer, nie wchodząc w motywa, dla których lekarz odmówił zrobienia sekcyi; sąd orzekł zasadniczo, że lekarza wbrew jego woli zmusić nie można do wykonania sekcyi; koszta wynikłe z rekursu lekarza sąd nałożył na skarb państwa“.

Przypomnienie powyższego faktu uważałem na czasie. Aczkolwiek *Rundschau* nie podaje przyczyny, dla której lekarze w Jauer odmówili wykonania sekcyi, a w szczególności dlaczego odmówił lekarz, zasądzony na grzywnę, — to według orzeczenia sądu krajowego w Lignicy w zasadzie nie można zniewolić lekarza praktycznego do wykonania sądowej obdukcyi wbrew jego woli. O ileż jaskrawiej wobec tego rozstrzygnięcia wygląda postąpienie sądu, skazującego na grzywnę lekarza z powodu, iż odmawia wykonania obdukcyi, nie chcąc się narazić na ewentualną chorobę, a może nawet śmierć. — Słusznie też napiętnował Wydział Izby lekarskiej w swem piśmie takie postąpienie sądu brakiem „jakiego takiego wykształcenia“.

Wobec powyższych faktów nasuwa się smutna uwaga, iż nasz ogół lekarski za mało dokłada starań, ażeby wywalczyć sobie należne stanowisko w społeczeństwie i uzyskać lepsze warunki bytu.

Miekra.

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków 1 listopada 1900.

D. 10 listopada b. r. o godzinie 4 popołudniu w sali Towarzystwa lekarzy galicyjskich we Lwowie odbędzie się posiedzenie pierwszego Zjazdu lekarzy okręgowych, w celu zastanowienia się: 1) nad wykonawstwem instrukcyi służbowej lekarzy okręgowych; 2) nad sprawami osobistemi względnie do instrukcyi służbowej; 3) nad zawiązaniem dorocznych posiedzeń lekarzy okręgowych.

Dr. Woś, *Dr. Natter*, *Dr. Kolasiński.*

Otrzymujemy następujące pismo:

Wielmożny Panie Redaktorze!

Z powodu notatki umieszczonej w »Wiadomościach bieżących« (Nr. 43 »Przeglądu lekarskiego« b. r.), tyczącej się rozprawki p. Dra A. Wróblewskiego, a zakończonej zdaniem: »Byłoby rzeczą pożądaną, aby nasze władze magistrackie zapoznały się z tą pracą, a to w celu pouczenia się, w jakim kierunku należy kontrolować produkty krakowskich mleczarni,« mam zaszczyt przesłać następujące wyjaśnienie: Instytucyą magistracką, której poruczone są badania i kontrola wszelkich środków spożywczych, jest pracownia chemiczna miejska, a każdoczasowym kierownikiem jej jest osoba, która na podstawie swoich kwalifikacyi została przez Komisyę sanitarną, jak również przez Radę miasta, uznaną za uzdolnioną do przeprowadzania tych badań i kontroli. Wobec tego należy przypuszczać, iż kierownik tej pracowni chemicznej będzie obeznany z kierunkiem, w jakim ma kontrolować produkty mleczarstwa, tem bardziej, iż są to rzeczy znane i proste, a praca wspomnianego autora tylko potwierdza stan rzeczy aż nadto wiadomy pracowni chemicznej miejskiej; jabym tylko powiedział, iż nie »blizko połowa«, lecz przeszło połowa śmietanki powinna podlegać zakwestyonowaniu.

Wyjaśniam również, iż kontrolę przetworów mleczarskich przeprowadza codziennie chemik miejski na rynku, jak nie mniej odbywają się komisyonalne badania mleczarń w pewnych odstępach czasu, a osoby winne zostają pociągane do odpowiedzialności, bywają na nie nakładane kary administracyjne, konfiskata towaru, względnie sprawa odstępuje się c. k. Sądom. Jeżeli jednak pomimo to stosunki te się nie zmieniają na lepsze, to przyczyn tego nie należy szukać w ujemnej działalności władz magistrackich, lecz gdzieindziej, a mianowicie:

1. Należałoby pouczyć nasz ludek, jak się ma obchodzić z produktami mleczarskimi, gdyż sam lud, z powodu braku znajomości, psuje dobry przetwór przez mięszanie go z innym, oraz przez nieodpowiednie jego przechowanie, brak czystości itd.; w rzadszych tylko przypadkach spotykamy się ze świadomą chęcią fałszowania lub oszukiwania konsumenta.

2. Należałoby uzupełnić naszą ustawę spożywczą, ściślej określić, co uważać należy za dopuszczalne, a co zaś nie. Śmietanka skwaszona nie jest zdrowiu szkodliwą, przynajmniej w zwykłych warunkach, a jednak nie należy jej sprzedawać za słodką. Śmietankę kobieta może zebrać dowoli i otrzymać chudą lub bardzo tłustą. Jakie ma być minimum tłuszczu dla śmietanki? na to ustawa nie daje odpowiedzi. Niech więc rząd wyda obiecany »kodeks spożywczy« (Codex alimentarius), projektowany od szeregu lat.

A gdy już pouczymy nasz lud, jak się ma obchodzić z produktami spożywczymi, z masłem itp, gdy już będziemy mieli »kodeks spożywczy,« wtedy przyjdziemy do przekonania, że złemu jeszcze nie zaradzono.

Mamy sądy, urzędnicy sądowi nie są w stanie podołać nawałowi pracy; mamy zakłady karne dla obojga płci, areszty, domy poprawcze, a ludzi złej woli, przestępców, zawsze podostatkiem, nigdy ich nie brak i nie zabraknie po wszystkie czasy.

Kreślę się z głębokim szacunkiem i poważaniem

Doc. Dr. Ignacy Lemberger.

Z wyjaśnień kol. doc. Lembergera wynika niedwuznacznie, że w Krakowie może istnieć silnie zorganizowana instytucya targowo-sanitarna, na jej czele może stać człowiek znany z wiedzy, sumienności i gorliwości, a w dodatku świadomy rozmiarów złego, a jednak to nie zapobiega, że »więcej niż połowa śmietanki krakowskiej może być zakwestyonowaną« i byłoby marzycielstwem śnić, żeby pouczenie ludu, zaprowadzenie kodeksu spożywczego, skombinowana działalność władzy magistrackiej i sądowej potrafiły »złemu zaradzić«.

Wierzymy, że etyka przekupniów jest w zaniku, że najsprężystsza organizacya gminna, najsurowszy rygor i odpowiedzialność karna, w całości złego nie usuną, bo »homo homini lupus est«; ale ażeby miasto, posiadające jeśli nie najlepszą, to jedną z najlepszych organizacyę sanitarną w kraju, cywilizacyjnie stojące najwyżej, było skazane jakąś siłą fatalną na spożywanie więcej niż połowy śmietanki sfermentowanej i ażeby temu stanowi zdrożnemu nie można było nawet w części zaradzić, to już chyba zbyt pesymistyczne zapatrywanie, mogące nawet kwestyonować cel istnienia organizacyi targowo-sanitarnej.

Sądzimy jednak, że stan rzeczy nie jest tak beznadziejny, że poprawa warunków targu mlecznego wogóle w Krakowie jest możliwą i wykonalną. Przekonani jesteśmy, że przyczyny zakwestyonowania dobroci więcej niż połowy śmietanki krakowskiej tkwią poza pilnością magistratu, a spoczywają w niedostatecznej ustawie. Tylko dobre i jasne prawa dają rękojmię ich wykonania: jeśli ustawa nie orzeka, kiedy się kończy mleko, a zaczyna śmietanka, jeśli stopień kwasoty śmietanki, który ją kwalifikuje do kategoryi śmietanki skwaśniałej i konfiskaty, nie jest ściśle oznaczony, to czy bez liczbowego określenia tych stosunków postępowanie władzy może być jednolite, sprężyste, wolne od podmiotowości, a nawet i dowolności? W całej więc pełni podzielamy zdanie kol. doc. Lembergera, że wprowadzenie kodeksu spożywczego jest koniecznością dla poprawienia u nas stosunków targu mlecznego. Może się mylimy, lecz nam się zdaje, że c. k. Instytutowi do badania środków spożywczych z natury mandatu przypada, jeśli nie obowiązek, to prawo poinformowania rządu o potrzebie uzupełnienia ustawy i zaprojektowania ze stanowiska naukowo-zawodowego ścisłych określeń, o których wyżej była mowa. Bez zmiany i uzupełnienia ustawy oczywiście najgorliwsza praca instytucyi targowo-sanitarnej miejskiej będzie bezowocną, a nam, spożywcom, pozostaje chyba tylko pielęgnowanie, jeśli nie wiary, to chociaż nadziei, że »kwaśna śmietanka zdrowiu nie szkodzi«.

* Izba Lekarska zachodnio-galicyjska przysłała nam następujący okólnik c. k. galicyjskiego Namiestnictwa do PP. starostów i PP. prezydentów miast Lwowa i Krakowa:

»Wskutek zapytania jednej c. k. Dyrekcyi skarbu co do obowiązku stemplowania rachunków lekarzy i adwokatów za należące się im honorarya, c. k. Ministeryum skarbu oznajmiło reskryptem z dnia 30 sierpnia 1900 r. L. 52165. że rachuki lekarzy i adwokatów, wystawione jako pretensye za ich czynności zawodowe, są wolne od stempla w myśl ustawy z d. 13 grudnia 1862 r. p. p. Nr. 89, względnie § 19 ustawy z 8 marca 1876 dr. p. p. Nr. 36. Natomiast rachunki lekarzy, utrzymujących apteki domowe, wystawione za leki wydane z tejże apteki, nie są wolne od stempla i winny być ostemplowane stosownie do kwoty, na którą opiewają«.

* W Warszawie zawiązało się Towarzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi.

* Stowarzyszenie rosyjskich chirurgów postanowiło zwołać pierwszy kongres chirurgów rosyjskich, który odbędzie się 28, 29 i 30 grudnia (st. st.) w Moskwie. Prezesem komitetu gospodarczego jest prof. Dyakonow.

* Towarzystwo lekarskie odeskie, które w swem gronie liczy wielu Polaków, obchodzić będzie 50-letni jubileusz swego istnienia w najbliższym już czasie. Komitet wyda książkę pamiątkową, w której ma się znaleść historyczny rys dziejów tego Towarzystwa, oraz działalność jego najwybitniejszych członków.

* Prof. Robert Koch po półtoraroczuej podróży naukowej na dalekim Wschodzie, powrócił do Berlina.

* Stopień doktora wszechnauk lelarsk. w Uniw. Jagiell. otrzymał Józef Jan Ligęza.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Kossel z Marburga otrzymał wezwanie na zastępcę Kühnego w Heidelbergu. Prof. R Paltauf mianow. został profes. zwycz. powszechnej i doświadczalnej patologii w Uniw. wiedeńskim Dr. Dhéré K. mian. został prof. nadzwycz. fizyologii w Freiburgu. Dr. Schaper został profes. nadzwycz. i kierownikiem oddziału embryologicznego w Wrocławiu.

Nekrologia. Zmarli: B. prof. medycyny w Oksfordzie H. Acland umarł, licząc lat 85.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Pamiętniku Towarz. Lekarsk. warszawskiego* (Zeszyt II): Dr. Zaremby W.: Zarys dziejów i rozwoju psychiatryi. Dr. Kohlbergera W.: O zasadniczych t j. typowych postaciach chorób umysłowych pojedyńczych, złożonych i powikłanych. W *Medycynie* Nr. 43: Dr. Ołtuszewskiego W.: Krótki szkic historyczny nauki o zboczeniach mowy. oraz obecne jej zadania. Feliksa Sachsa: O niektórych ujemnych stronach intubacyi. Dr. Palmirskiego W.: O dżumie ze stanowiska bakteryologii. biologii i higieny publicznej. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 43: Dunina T.: Czy obecny stan nauki pozwala nam na przyjmowanie dyatezy artrytycznej i moczanowej? Dr. Chodźki W.: Przyczynek do kwestyi objawu paluchowego Babińskiego, oparty na zbadaniu przeszło tysiąca osobników chorych i zdrowych.

Redakcya otrzymała:

Mutermilch I.: O istocie t. zw. zapaleń przewlekłych (Odbitka z »Gazety Lekarskiej« 1900).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 7 listopada o godz. 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Lewkowicz mówić będzie: „O etyologii zapaleń mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego na podstawie spostrzeżeń, dokonanych w klinice pedyatrycznej prof. Jakubowskiego (z demonstracyą preparatów i hodowli).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

W roku bieżącym odbędzie się w Krakowie, poczynając od *dnia 25 listopada*

4-tygodniowy kurs wakacyjny dla lekarzy,

podobnie, jak w roku zeszłym, lecz w znacznie rozszerzonym zakresie. Wykłady będą następujące:

I. Anatomia patologiczna. Prof. dr. *Ciechanowski*. Ćwiczenia w sekcyach patologicznych. Codziennie (niewyłączając niedziel) od g. 8—9 rano w Zakładzie Anatomii patologicznej. (Opł. 40 koron).

II. Bakteryologia. Prof. *O. Bujwid:* Przygotowanie i stosowanie surowic leczniczych. 2 godziny tygodniowo.

Prof. dr. *Nowak*. Ćwiczenia bakteryologiczne. Codziennie prócz niedziel od g. 7—8 wieczorem w Zakładzie Weterynaryi Uniw. Jag. (Opł. 40 koron).

III. Chemia lekarska. Doc. dr. *Lemberger*. Badania chemiczno-mikroskopowe środków lekarskich i chemia sądowa. Codziennie prócz niedziel od g. 3—5 po poł. w Zakładzie farmakologii. (Opł. 40 koron).

Doc. dr. *Seńkowski*. Ćwiczenia w chemii klinicznej. Codziennie prócz niedziel od g. 5—6 po poł. w Zakładzie Chemii lekarskiej. (Opł. 40 koron).

IV. Chirurgia. Doc. Dr. *Bossowski:* „Chirurgia w zakresie dla praktyki lekarskiej ogólnej niezbędnym“. We wtorki, środy, piątki i soboty od 12—1 na materyale szpitala św. Ludwika.

Doc. Dr. *Kryński:* Kurs operacyi chirurgicznych na zwłokach (ze szczególnem uwzględnieniem chirurgii jamy brzusznej). Od godz. 9—10 rano w poniedziałki, wtorki, środy, czwartki i piątki, w zakładzie Anatomii patologicznej. (Opłata 50 koron).

Doc. Dr. *Rutkowski:* Dyagnostyka chirurgiczna. Godz. 10—11 we środy i piątki. (Opł. 40 koron).

Prof. Dr. *Trzebicky:* Operacye chirurgiczne. Godz. 10—11 w poniedziałki, wtorki i czwartki. (Opł. 40 koron).

V. Dentystyka. Doc. Dr. *Łepkowski*. Ćwiczenia w wyjmowaniu i plombowaniu zębów. Codziennie od 8—9 rano, z wyjątkiem niedziel, w Zakładzie własnym (ul. Straszewskiego 26. — Opł. 100 koron).

VI. Dermatologia i syfilidologia. Prof. Dr. *Reiss:* Dyagnostyka chorób skórnych i wenerycznych. Godz. 10—11 we wtorki, czwartki i soboty, w klinice dermatologicznej Uniw. Jagiell. (Opł. 40 koron).

VI. Laryngologia. Prof. Dr. *Pieniążek:* Ćwiczenia w laryngoskopii i rynoskopii. Godz. 10—11 codziennie, prócz sobót i niedziel, w klinice laryngologicznej Uniw. Jagiell. (Opł. 40 koron).

VIII. Medycyna sądowa. Prof. dr. *Wachholz*. Ćwiczenia w badaniach i orzeczeniach sądowo-lekarskich. We wtorki, czwartki i soboty od g. 12—1 w poł. w Zakładzie medycyny sądowej. (Opł. 40 koron).

IX. Medycyna wewnętrzna. Doc. Dr. *Korczyński:* Metody ściślejszych badań klinicznych, oraz demonstracye ciekawszych przypadków chorobowych. Godz. 6—7 wieczorem, w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki, w klinice lekarskiej Uniw Jagiell. (Opł. 40 koron).

X. Okulistyka. Prof. Dr. *Wicherkiewicz:* Dyagnostyka i terapia chorób ocznych. We wtorki i piątki, godz 11—12, w klinice okulistycznej Uniw Jagiell. (Opł. 40 koron).

XI. Otyatrya. Prof. Dr. *Browicz:* Ambulatoryum chorób usznych. W poniedziałki i czwartki, od godz. 12—2, w klinice laryngologicznej. (Opł. 40 koron).

XII. Pedyatrya. Doc. Dr. *Raczyński:* Dyagnostyka chorób dzieci ze szczególnem uwzględnieniem błonicy. (Ćwiczenia w Intubacyi). Godz. 11—12 codziennie, w ambulatoryum i oddziale dyfter. Szpitalu Św. Ludwika. (Opł. 50 koron).

XIII. Położnictwo. Doc. Dr. *Braun:* O postępowaniu w przypadkach poronienia. W poniedziałki od godz. 5—6, w klinice położniczej Uniw. Jagiell. (Opł. 20 koron).

Prof. Dr. *Rosner:* Ćwiczenia w badaniu i operacyach położniczych. W soboty i niedziele od g. 10—11. (Opł. 40 koron).

Doc. dr. *Świtalski*. Dyagnostyka ginekologiczna. W poniedziałki, środy i piątki od g. 8—9 rano w klinice położniczej Un. Jag. (Opł. 40 koron).

Wszelkich wyjaśnień w sprawie tego kursu udziela doc. dr. *Kryński* (ul. Franciszkańska 1), opłatę zaś za wykłady składać należy u kwestora Uniwersytetu p. Sołtyska *(Collegium novum)*.